

**Szczegółowe warunki konkursu ofert i materiały informacyjne zwane dalej „warunkami” na wykonywanie usług medycznych w zakresie wykonywania badań patomorfologicznych na potrzeby SP ZOZ MSW w Łodzi.**

Działając na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2013. poz.217 ze zmianami) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW w Łodzi jako Udzielający Zamówienia przedstawia warunki udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert.

**I. Udzielający Zamówienia:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi, ul. Północna 42, 91-425 Łódź, tel. (42) 634-11-12, fax: (42) 678-55-23, mail: [dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl](mailto:dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl)

**II. Przedmiot zamówienia:**

1. Zamawiający powierza Wykonawcy wykonanie zamówienia polegającego na wykonywaniu badań patomorfologicznych stosownie do każdorazowego zamówienia Zamawiającego, na podstawie stosownego skierowania lekarskiego.
2. Przedmiot zamówienia tj. badania patomorfologiczne określone w Załączniku nr 2 (Formularz Ofertowy), stanowią jeden pakiet. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych na poszczególne badania.

**III. Przedmiot zamówienia składa się z jednej części i Oferent składa ofertę na tą konkretną część – brak możliwości składania ofert częściowych.**

**IV. Miejsce i czas ukazania się ogłoszenia:** Ogłoszenie zostało zamieszczone w dniu **02.12.2014r.** na stronie internetowej oraz tablicy informacyjnej SP ZOZ MSW w Łodzi ul. Północna 42.

**V. Obowiązki Oferenta i sposób przygotowania oferty**

1. Do konkursu mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą z godnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2013. poz.217 ze zmianami) oraz zgodnie z ustawą posiadające w zakresie działalności zgłoszonej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą działalność będącą przedmiotem zamówienia.
2. Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.
3. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami.
4. Wszystkie dokumenty oferty muszą być podpisane, a kopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.
5. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
6. Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Oferenta należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

**„Oferta na wykonywanie usług medycznych  
w zakresie wykonywania badań patomorfologicznych  
na potrzeby SP ZOZ MSW w Łodzi.  
Nie otwierać przed 10.12.2014 r. do godz. 08:30**

7. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
8. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
9. Kryteria oceny ofert oraz warunki konkursowe nie podlegają zmianie w toku postępowania.

**VI. Dokumenty jakie powinien złożyć Oferent oraz warunki wymagane od Oferenta:**

1. Dane o Oferencie - nazwa, dokładny adres, telefon/fax., numer rachunku bankowego.
2. Aktualne zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz właściwego rejestru.
3. Kopię nadania NIP, REGON.
4. Oświadczenie Oferenta, stanowiące Załącznik nr 1 do niniejszych warunków.
5. Kopię aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, której minimalna suma gwarancyjna wynosi równowartość w złotych 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego stosownie do przepisów Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011, Nr 293, poz. 1729 ze zmianami).
6. Wykaz osób udzielających przedmiotowe świadczenie wraz opisem kwalifikacji zawodowych tych osób. Wymagane również załączenie dyplomów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe przez osoby udzielające świadczenie.
7. Określenie warunków lokalowych, oraz opis sprzętu medycznego za pomocą którego wykonywane będzie świadczenie.
8. Oferowane świadczenia wraz ze wskazaniem ceny – wg załącznika nr 2 do warunków konkursu.
9. Certyfikaty poświadczające jakość wykonywanych badań będących przedmiotem niniejszego konkursu.

**VII. Termin wykonania umowy:** Umowa zostanie zawarta na okres **24** miesięcy tj. od dnia **01.01.2015r. do 31.12.2016r.**

**VIII. Opis kryteriów oceny ofert, ich znaczenie oraz sposób oceny ofert.**

Przy wyborze oferty Udzielający Zamówienia będzie kierował się kryterium:

- **Ceny ofertowej (tj. łączna wartość brutto) - 100 %**

Cena min.

----- x waga kryterium, gdzie:

Cena oferty badanej

Cena min. – najniższa łączna wartość brutto spośród wszystkich ocenianych ofert

Waga kryterium – 100 pkt.

W przypadku ofert równoważnych Zamawiający wybierze ofertę tego Wykonawcy, który zaoferuje najkrótszy czas realizacji badania (zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszych warunków).

**IX. Warunki dotyczące czasu realizacji przedmiotu umowy i odbioru wyników badań:**

1. Przedmiot umowy będzie realizowany w możliwie najkrótszym czasie jednak nie dłużej niż w ciągu ..... dni.



2. Transport materiału i wyników badań leży po stronie Zamawiającego. Organizacja transportu (dni i godziny zleceń) będzie realizowana na zasadach ustalonych przez Strony między sobą.
3. Przedmiot umowy będzie realizowany na podstawie skierowani, zawierającego w szczególności:
  - a) Pieczęć z danymi Zamawiającego,
  - b) Imię i nazwisko ubezpieczonego pacjenta,
  - c) PESEL,
  - d) Adres zamieszkania,
  - e) Rozpoznanie oraz istotne dane kliniczne,
  - f) Zleczone badania,
  - g) Rodzaj materiału diagnostycznego,
  - h) Datę i godzinę pobrania materiału oraz nazwisko, podpis (z pieczęcią osobistą) lekarza zlecającego badanie,
  - i) Dane do kontaktu z lekarzem zlecającym.

#### **X. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Ofertę w zaklejonej kopercie należy złożyć w Kancelarii SP ZOZ MSW w Łodzi przy ul. Północnej 42 **do dnia 09.12.2014 r. do godz. 15:00.**
2. Ofertę należy złożyć osobiście lub przesłać pocztą/kurierem w oryginale w Kancelarii Szpitala od poniedziałku do piątku w godzinach 08:00-15:00 w terminie określonym w ust.1. W przypadku przesłania oferty drogą pocztową/kurierską liczy się data i godzina dostarczenia oferty do Kancelarii Szpitala.
3. Składający ofertę osobiście otrzymuje potwierdzenie jej złożenia zawierające datę i godzinę złożenia oferty oraz podpis osoby przyjmującej ofertę.
4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.
5. Celem dokonania zmian, bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania pierwotnie wyznaczonego terminu.

#### **XI. Miejsce, termin, tryb otwarcia ofert oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert.**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu komisji konkursowej, które odbędzie się w siedzibie Zamawiającego, w Łodzi przy ul. Północnej 42 w sali konferencyjnej w dniu **10.12.2014 r. do godz. 08:30.**
2. Do chwili otwarcia ofert Zamawiający przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.
3. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora SP ZOZ MSW w Łodzi i ogłoszeniu na stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń SP ZOZ MSW w Łodzi.
4. Oferta zostanie odrzucona w przypadkach opisanych w art. 149 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 Nr. 164, poz. 1027 ze zmianami) oraz w przypadku nie uzupełnienia braków formalnych w wyznaczonym terminie. O odrzuceniu oferty Oferent jest informowany pisemnie w dniu ogłoszenia wyników konkursu.
5. **Informacja o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczona na stronie internetowej oraz tablicy informacyjnej SP ZOZ MSW w Łodzi ul. Północna 42 w terminie związania z ofertą.**

#### **XII. Termin związania ofertą.**

1. Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni.
2. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

### **XIII. Tryb udzielania wyjaśnień dotyczących materiałów informacyjnych.**

1. Oferent może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty przed jej złożeniem osobiście lub na piśmie.
2. Osobami uprawnionymi do kontaktu z Oferentami są członkowie Komisji Konkursowej. Wszelkie dokumenty związane z postępowaniem konkursowym należy składać w Kancelarii SP ZOZ MSW w Łodzi w godz. od 9<sup>00</sup> do 14<sup>00</sup>, telefon (042) 634-12-62.

### **XIV. Środki odwoławcze przysługujące Oferentowi.**

1. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2013. poz.217 ze zmianami) oraz art. 152 i 153 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 Nr. 164, poz. 1027 ze zmianami) oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo do złożenia do Komisji Konkursowej protestu w terminie 7 dni roboczych od dnia zaskarżonej czynności, nie później jednak niż do czasu zakończenia postępowania.
2. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2013. poz.217 ze zmianami) oraz art. 152 i 154 ust. 1,2 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 Nr. 164, poz. 1027 ze zmianami) oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo do złożenia do Udzielającego Zamówienie odwołania w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

### **XV. SP ZOZ MSW w Łodzi zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz prawo do przesunięcia terminów składania, otwarcia, rozstrzygnięcia ofert.**

### **XVI. Informacja o sposobie porozumiewania się Udzielającego Zamówienia z Oferentami.**

1. W powyższym postępowaniu wyjaśnienia, oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający Zamówienia i Oferenci przekazują faxem lub drogą elektroniczną.
2. W przypadku braku potwierdzenia otrzymania wiadomości przez oferenta Udzielający Zamówienia uznaje, że pismo wysłane na numer faksu lub adres poczty elektronicznej podany przez Oferenta zostało mu doręczone w sposób umożliwiający zapoznanie się Oferenta z treścią pisma.
3. W przypadku pism przekazywanych do Udzielającego Zamówienia przekazywanie pisemnej korespondencji należy kierować na adres: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW w Łodzi ul. Północna 42, 91-425 Łódź, fax: 42-678 55 23, mail: [dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl](mailto:dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl).
4. Wszystkie pytania, protesty i odpowiedzi dotyczące postępowania powstałe w jego toku będą na bieżąco i niezwłocznie zamieszczane na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.



.....  
Pieczęć Wykonawcy

**Oświadczenie Wykonawcy**

1. Oświadczam, że **spełniam warunki** określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 poz. 217 ze zmianami).
2. Oświadczam, że **zapoznałem się** z opisem przedmiotu zamówienia i warunkami przystąpienia do postępowania i nie wnoszę w tym zakresie uwag.
3. Oświadczam, że **zainteresowałem się** wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że **pozostanę związany** ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty **są zgodne** z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że **zobowiązuję się** do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymagana od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
7. Oświadczam, że **umowę będę realizował** zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami NFZ.
8. Oświadczam, że **liczba i kwalifikacje personelu** wykonującego świadczenie zdrowotne, **są zgodne** z obowiązującymi przepisami prawa, w tym przepisami NFZ.
9. Oświadczam, że **warunki lokalowe**, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny **są zgodne** z aktualnymi standardami i przepisami prawa, w tym przepisami z NFZ.
10. Oświadczam, że **badania** będą wykonywane w możliwie najkrótszym czasie, jednak nie dłużej niż w ciągu ..... dni.

.....  
Data i podpis Wykonawcy

**Oferowane świadczenia usług medycznych  
w zakresie wykonywania**

**BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH**

<b>L.p.</b>	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena jednostkowa netto</b>	<b>Cena jednostkowa brutto</b>	<b>Maksymalny czas realizacji (dni)</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.	Badanie metodą hybrydyzacji In Situ FISH-HER2 [cena za jedno oznaczenie]			
2.	ER (estrogen receptor) [cena za jedno oznaczenie]			
3.	PR (progesteron receptor) [cena za jedno oznaczenie]			
4.	HER 2 [cena za jedno oznaczenie]			
5.	Odczyn – Ki 67 [cena za jedno oznaczenie]			
6.	Oznaczenie mutacji KIT			
7.	Oznaczenie mutacji PDGFRA			