

Szczegółowe warunki konkursu ofert i materiały informacyjne zwane dalej „warunkami” na wykonywanie usług medycznych w zakresie wykonywania badań cytofluorometrycznych, cytogenetycznych i wirusologicznych wraz z ich opisem na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi.

Działając na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 poz. 160 z późniejszymi zmianami) SP ZOZ MSWiA w Łodzi jako Udzielający Zamówienia przedstawia warunki udziału w postępowaniu prowadzonym **w trybie konkursu ofert.**

I. Udzielający Zamówienia: SP ZOZ MSWiA w Łodzi, ul. Północna 42, 91-425 Łódź, tel. 42 6341234, fax: 42 6785523, mail: dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl

II. Przedmiot zamówienia:

1. Wykonywanie usług medycznych w zakresie wykonywania **badania cytofluorometrycznych, cytogenetycznych i wirusologicznych** wraz z ich opisem na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi – zgodnie z Załącznikiem nr 2 do niniejszych warunków konkursowych określającym wykaz badań będących przedmiotem niniejszego postępowania.
2. Szacunkowa ilość zleconych badań, będących przedmiotem niniejszego postępowania, to ok. 15-20 sztuk w ciągu roku, przy czym ilość ta może ulec zmianie z uwagi na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi, a Przyjmującemu Zamówienie nie przysługuje prawo do roszczeń z tego tytułu.
3. Szczegółowy zakres przedmiotu zamówienia określa umowa stanowiąca załącznik numer 6 do niniejszych warunków szczegółowych.

III. Przedmiot zamówienia składa się z trzech niepodzielnych pakietów określonych w Załączniku nr 2 (Formularz Ofertowy). Oferent może złożyć ofertę na wybrany pakiet lub pakiety, jednakże nie może złożyć oferty na wybrane części pakietów.

IV. Miejsce i czas ukazania się ogłoszenia: Ogłoszenie zostało zamieszczone **w dniu 22 marca 2018 r.** na stronie internetowej oraz tablicy informacyjnej SP ZOZ MSWiA w Łodzi ul. Północna 42.

V. Obowiązki Oferenta i sposób przygotowania oferty

1. Do konkursu mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z ustawą posiadające w zakresie działalności zgłoszonej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą działalność będącą przedmiotem zamówienia.
2. Oferent winien dysponować odpowiednią liczbą personelu o kwalifikacjach zawodowych koniecznych do właściwego wykonania badania będącego przedmiotem zamówienia, a wyniki badań będą autoryzowane przez **specjalistę laboratoryjnej genetyki medycznej.**
3. Oferent winien posiadać miejsce świadczenia usług, warunki lokalowe, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną jest zgodny z wymogami przewidzianymi przepisami prawa, które pozwolą na realizację pełnego zakresu zamówienia objętego przedmiotową umową.
4. Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.
5. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami.
6. Wszystkie dokumenty oferty muszą być podpisane, a kopie potwierdzone **„za zgodność z oryginałem”** przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta. W przypadku podpisu przez osobę uprawnioną wymaga się by do dokumentów konkursowych dołączyć stosowne pełnomocnictwo.
7. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.

8. Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Oferenta należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:
„Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie wykonywania badań cytofluorometrycznych, cytogenetycznych i wirusologicznych wraz z ich opisem na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi. Nie otwierać przed 04.04.2018r. do godz. 09:30”.
9. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
10. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
11. Kryteria oceny ofert oraz warunki konkursowe nie podlegają zmianie w toku postępowania.

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

1. Formularz ofertowy – Załącznik nr 1.
2. Oferta cenowa – Załącznik nr 2,
3. Oświadczenie Oferenta – Załącznik nr 3,
4. Kopia aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, której minimalna suma gwarancyjna jest zgodna z obowiązującymi przepisami prawa – Załącznik nr 4,
5. Aktualne zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru (KRS, CEIDG) oraz odpis z Księgi Rejestrowej Wojewody – WYŁĄCZNIE strona pierwsza oraz strona zawierająca informację o prowadzonej działalności w zakresie zgodnym z przedmiotem niniejszego postępowania – Załącznik nr 5,
6. Projekt umowy - Załącznik nr 6 - zatwierdzony podpisem Oferenta na każdej stronie.
7. Certyfikaty poświadczające jakość wykonywanych badań, będących przedmiotem zamówienia i/lub referencje dotyczące przedmiotu zamówienia - Załącznik nr 7.

VII. Termin wykonania umowy: Umowa zostanie zawarta na okres **18 miesięcy od 2018 r. do 30.09.2019 r.**

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

1. Przy wyborze oferty Udzielający Zamówienia będzie kierował się kryterium ceny.

Cena ofertowa (tj. łączna wartość brutto) - 100 %

Cena min.

----- x waga kryterium - 100 pkt., gdzie:

Cena oferty badanej

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

2. Konkurs wygrywa oferent, który zdobył najwyższą ilość punktów w zakresie danego pakietu.
3. W przypadku ofert zawierających takie same propozycje cenowe za dane badanie Komisja Konkursowa wybierze oferenta oferującego najkrótszy czas oczekiwania na wynik danego badania.
4. W toku badania i oceny ofert Udzielający Zamówienia może żądać od Oferenta wyjaśnień dotyczących treści złożonej oferty.
5. W przypadku omyłek rachunkowych tj. wadliwego wyniku działania arytmetycznego oczywistym dla Zamawiającego będzie, iż cena jednostkowa brutto została podana prawidłowo.

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 (propozycja Wykonawcy jednakże nie dłużej niż zgodnie z oświadczeniem złożonym w Załączniku nr 2 do niniejszych warunków).
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 skierowania, 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) Zlecone badania,
 - g) Nazwisko, podpis (z pieczęcią osobistą) lekarza zlecającego badanie,
 - h) Dane do kontaktu z lekarzem zlecającym.

X. Miejsce i termin składania ofert.

1. **Ofertę w zaklejonej kopercie należy złożyć w Kancelarii SP ZOZ MSWiA w Łodzi przy ul. Północnej 42 do dnia 04 kwietnia 2018 do godz. 09:00.**
2. Składający ofertę osobiście otrzymuje potwierdzenie jej złożenia zawierające datę i godzinę złożenia oferty.
3. Ofertę przesłaną drogą pocztową uważa się za złożoną w terminie, jeżeli zostanie ona dostarczona w terminie nie późniejszym niż wyżej określony.
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 wcześniej wyznaczonego terminu.

XI. Miejsce, termin, tryb otwarcia ofert oraz ogłoszenie 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 04 kwietnia 2018 o godz. 09.30.**
2. Do chwili otwarcia ofert Udzielający Zamówienia przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.
3. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora SP ZOZ MSWiA w Łodzi.
4. Komisja konkursowa informuje pisemnie o ofertach odrzuconych zgodnie z art. 149 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 poz. 1938 z późniejszymi zmianami).
5. **Informacja o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczona na stronie internetowej oraz tablicy informacyjnej SP ZOZ MSWiA 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 Udzielającego Zamówienia o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty 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 MSWiA w Łodzi w godz. od 8⁰⁰ do 15⁰⁰, telefon 042 634 12 34.

XIV. Środki odwoławcze przysługujące Oferentowi.

1. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2018 poz. 160 z późniejszymi zmianami) oraz art. 152 i 153 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 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. 2018 poz. 160 z późniejszymi zmianami) oraz art. 152 i 154 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zmianami) oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo do złożenia do dyrektora Udzielającego Zamówienie odwołania w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

XV. SP ZOZ MSWiA w Łodzi zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz prawo do przesunięcia terminów składania, otwarcia i 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 MSWiA w Łodzi ul. Północna 42, 91 - 425 Łódź, fax: 42 - 678 55 23, mail: dyrekcja@zozmswlodz.pl.
4. Pytania dotyczące postępowania konkursowego pozna składać za pomocą środków określonych w pkt. 3 do dnia 03.04.2018 r. do godziny 12:00.

Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

**Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie wykonywania badań
cytofluorometrycznych, cytogenetycznych i wirusologicznych wraz z ich opisem
na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi.**

Nazwa i adres Oferenta
.....
Oferent wpisany do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy
....., Wydział Krajowego Rejestru
Sądowego pod numerem KRS.....
Lub CEIDG
NIP:
REGON:.....
TelefonFax.....
Adres email.....
Numer rachunku bankowego
Numer Księgi Rejestrowej Wojewody.....

Data i czytelny podpis Oferenta

 Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

**Oferta cenowa w zakresie wykonywania
BADAŃ CYTOFLUOROMETRYCZNYCH, CYTOGENETYCZNYCH
I WIRUSOLOGICZNYCH WRAZ Z ICH OPISEM**

| | Rodzaj badania | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Maksymalny czas realizacji (dni) (nie dłużej niż 21 dni) |
|----------|--|------------------------|-------------------------|---|
| Pakiet 1 | CYTOFLUOROMETRYCZNE: | x | x | x |
| | – Immunofenotypowa diagnostyka NHL (CLL) – zestaw min. | | | |
| | – Immunofenotypowa diagnostyka /wznowa/ NHL (w przyp. CLL z czynnikiem rokowniczym Zap-70) | | | |
| | – Monitorowanie terapii w CLL/NHL | | | |
| | – Ocena minimalnej choroby resztkowej w CLL/NHL | | | |
| Pakiet 2 | CYTOGENETYCZNE: | x | x | x |
| | – techniką FISH - genu HER2 (test CE-IVD) | | | |
| | – techniką FISH - rearanżacji genu ALK (test CE-IVD) | | | |
| | – techniką FISH - ocena delecji 1p i 19q – nowotwory OUN | | | |
| | – techniką FISH - dermatofibrosarcoma (COL1A1/PDGFB) | | | |
| | – techniką FISH – tkanki miękkie (EWSR1, SS18) | | | |
| | – techniką FISH – tkanki miękkie (EWSR1, SS18) | | | |
| | – techniką FISH – chłoniaki: FL (IGH/BCL2, CLL (ATM,TP53), MCL (IGH/CCND1), BL(MYC) | | | |
| Pakiet 3 | WIRUSOLOGICZNE: | x | x | x |
| | – DNA wirusa HPV analiza 37 genotypów (test CE-INV) | | | |

 Data i czytelny podpis Oferenta

Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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. 2018 poz. 160 z późniejszymi zmianami).
2. Oświadczam, że **zapoznałem się** z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. 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.
4. Oświadczam, że **zainteresowałem się** wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że **pozostanę związany** ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty **są zgodne** z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że **zobowiązuję się** do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymagana od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
8. Oświadczam, że **umowę będę realizował** zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami NFZ.
9. Oświadczam, że kwalifikacje personelu wykonującego świadczenie zdrowotne, aparatura, sprzęt medyczny oraz warunki lokalowe **są zgodne** z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami NFZ.
10. Oświadczam, że **dysponuję** odpowiednią liczbą personelu o kwalifikacjach zawodowych koniecznych do właściwego wykonania badań będących przedmiotem zamówienia, a wyniki badań będą autoryzowane przez **specjalistę laboratoryjnej genetyki medycznej**.
11. Oświadczam, że **posiadam** odpowiednie miejsce świadczenia usług i warunki lokalowe, a sprzęt i aparatura medyczna jest zgodna z wymogami przewidzianymi przepisami prawa, które pozwolą na realizację pełnego zakresu zamówienia objętego umową.

Data i czytelny podpis Oferenta