

Szczegółowe warunki konkursu ofert i materiały informacyjne zwane dalej „warunkami” na wykonywanie usług medycznych w zakresie:

- 1) wykonywania odczynu immunohistochemicznego (tylko barwienie preparatu) bez oceny preparatu histopatologicznego z zastosowaniem jednego przeciwciała;
  - 2) badania: ekspresja białka – ALK (wraz z oceną lekarza)
  - 3) badania: ekspresja PD-L1 (wraz z oceną lekarza)
- na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi.

DYREKTOR  
SP ZOZ MSWiA w ŁODZI  
Dok. med. Robert Starzec, MBA

Działając na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej 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, mail: [dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl](mailto:dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl)

**II. Przedmiot zamówienia:**

1. Wykonywanie **usług medycznych w zakresie:** 1. wykonywania odczynu immunohistochemicznego (tylko barwienie preparatu) bez oceny preparatu histopatologicznego z zastosowaniem jednego przeciwciała; 2. badania: ekspresja białka – ALK (wraz z oceną lekarza); 3. badania: ekspresja PD-L1 (wraz z oceną lekarza) stosownie do każdorazowego zamówienia, na podstawie stosownego skierowania lekarskiego, na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi – Załącznik nr 2 do niniejszych warunków konkursowych określa wykaz badań będących przedmiotem niniejszego postępowania.
2. Szacunkowa liczba zleconych badań, będących przedmiotem niniejszego postępowania, to ok. 80 sztuk w ciągu miesiąca, przy czym liczba 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. Transport materiału do badań będzie realizowany przez Przyjmującego Zamówienie na zasadach ustalonych przez strony.
4. Szczegółowy zakres przedmiotu zamówienia określa umowa stanowiąca załącznik numer 6 do niniejszych warunków szczegółowych.

**III. Przedmiot zamówienia składa się z trzech pakietów określonych w Załączniku nr 2 (Formularz Ofertowy), dopuszczalne jest składanie ofert na wszystkie lub/i wybrane pakiety.**

**IV. Miejsce i czas ukazania się ogłoszenia:** Ogłoszenie zostało zamieszczone w dniu 07.04.2023 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 kwietnia 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 badań będących przedmiotem zamówienia, a wyniki badań będą autoryzowane przez osoby o odpowiednich w danym zakresie kwalifikacjami i uprawnieniami.
3. Oferent winien posiadać miejsce świadczenia usług, warunki lokalowe, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną zgodne z wymogami przewidzianymi przepisami prawa, które pozwolą na realizację pełnego zakresu zamówienia objętego przedmiotową umową.
4. Udzielający Zamówienia wymaga, aby Oferent wykonał przedmiot zamówienia maksymalnie w terminie wskazanym w Załączniku nr 2.
5. Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.
6. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami.
7. 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.

8. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
9. Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Oferenta należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:  
**„Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie: 1. wykonywania odczynu immunohistochemicznego (tylko barwienie preparatu) bez oceny preparatu histopatologicznego z zastosowaniem jednego przeciwciała; 2. badania: ekspresja białka – ALK (wraz z oceną lekarza); 3. badania: ekspresja PD-L1 (wraz z oceną lekarza) na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi. Nie otwierać przed 18.04.2023r. do godz. 09:00”.**
10. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
11. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
12. 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. Kopię dokumentu lub oświadczenie Oferenta potwierdzające umieszczenie zakładu na liście KIDL - Załącznik nr 7,
8. **Certyfikaty uczestnictwa w zewnętrznych programach jakości badań dotyczące tylko oferowanych badań, jeżeli Oferent nimi dysponuje. - Załącznik nr 8.**  
 W przypadku braku certyfikatów uczestnictwa w zewnętrznych programach jakości badań Udzielający Zamówienia zastrzega możliwość wglądu do dokumentacji zawierającej wyniki kontroli wewnętrznej Oferenta dotyczącej powyższych badań.
9. Referencje dotyczące przedmiotu zamówienia Załącznik nr 9.

#### **VII. Termin wykonania umowy:** Umowa zostanie zawarta na okres 12 miesięcy - od 01.08.2023 r. do 31.07.2024 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 spośród wszystkich ocenianych ofert

2. Konkurs wygrywa oferent, który zdobył najwyższą liczbę punktów w ramach danego pakietu.
3. W przypadku ofert zawierających takie same propozycje cenowe Komisja Konkursowa wybierze Oferenta oferującego najkrótszy czas oczekiwania na wykonanie usługi.
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. 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 18.04.2023r. do godz. 08:30.**
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.

**X. 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 18.04.2023r. o godz. 09:00.**
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 ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
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.**

**XI. Termin związania ofertą.**

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

**XII. 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 8<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>, telefon 042 634 12 34.
3. Pytania dotyczące postępowania konkursowego można składać za pomocą środków określonych w pkt. XV.3. do dnia 13.04.2023r. do godziny 14:00.

**XIII. Środki odwoławcze przysługujące Oferentowi.**

1. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 152 i 153 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 152 i 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo do złożenia do dyrektora Udzielającego Zamówienie odwołania w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

**XIV. SP ZOZ MSWiA w Łodzi zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz prawo do przesunięcia terminów składania, otwarcia i rozstrzygnięcia ofert.**

**XV. Informacja o sposobie porozumiewania się Udzielającego Zamówienia z Oferentami.**

1. W powyższym postępowaniu wyjaśnienia, oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający Zamówienia i Oferenci przekazują faksem 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, mail: [dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl](mailto:dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl).

\_\_\_\_\_  
Pieczęć z pełną nazwą Oferenta

**Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie wykonywania:**

- 1) odczynu immunohistochemicznego (tylko barwienie preparatu) bez oceny preparatu histopatologicznego z zastosowaniem jednego przeciwciała;**
- 2) badania: ekspresja białka – ALK (wraz z oceną lekarza);**
- 3) badania: ekspresja PD-L1 (wraz z oceną lekarza)**

**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:.....

Telefon .....Fax.....

Adres email.....

Numer rachunku bankowego .....

Numer Księgi Rejestrowej Wojewody.....

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Oferenta

Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

**Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie wykonywania:**

- 1) odczynu immunohistochemicznego (tylko barwienie preparatu) bez oceny preparatu histopatologicznego z zastosowaniem jednego przeciwciała;
- 2) badania: ekspresja białka – ALK (wraz z oceną lekarza);
- 3) badania: ekspresja PD-L1 (wraz z oceną lekarza)

**na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi.**

<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj usługi</b>	<b>Cena Jednostkowa netto</b>	<b>Cena jednostkowa brutto</b>	<b>Czas oczekiwania na Wykonanie usługi</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Pakiet 1.	Wykonanie odczynu immunohistochemicznego (tylko barwienie preparatu bez oceny histopatologicznej) z zastosowaniem jednego przeciwciała			Max 2 dni na wykonanie odczynu i max 2 dni na transport w obie strony
Pakiet 2.	Ekspresja białka – ALK (wraz z oceną lekarza)			Max 2 dni na wykonanie odczynu i max 2 dni na transport w obie strony
Pakiet 3.	Ekspresja Pd-L1 (wraz z oceną lekarza)			Max 10 dni roboczych
	<b>SUMA</b>			

\_\_\_\_\_  
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 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
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 ww. 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 należyłą starannością swego działania wymaganą 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 i laboratoryjny 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 osoby o odpowiednich w danych zakresie kwalifikacjami i uprawnieniami.
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