

Numer postępowania: DZp.LLb.659i663.ZO-26.P.2016

FORMULARZ OFERTY

SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
ul. Gliwicka 33, 44 - 201 Rybnik
Numer telefonu: 32/43-28-100 lub 43-28-298, Numer faksu: 32/42-26-875
Adres e-mail: szpital@psychiatria.com lub sekretariat@psychiatria.com
Strona internetowa: www.psychiatria.com

*Postępowanie o udzielenie zamówienia
o wartości przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 2 395,27 euro
i nieprzekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro,
na podstawie art. 26 ust. 4a ustawy o działalności leczniczej oraz § 8 WRUZ*

- - - WYPEŁNIA ZAMAWIAJĄCY/UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA* - - -

I. NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Świadczenia zdrowotne w zakresie:

Pakiet 1 - Badań mikrobiologicznych i laboratoryjnych nie będących badaniem „cito”,

Pakiet 2 - Badań prątków gruźlicy.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają: Formularz cenowy (Załącznik nr 1 do Formularza oferty) i Projekt umowy (Załącznik nr 3 do Formularza oferty).

II. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA: od dnia zawarcia umowy do 31.12.2019 r.

III. WARUNKI PŁATNOŚCI:

Termin płatności: 30 dni, licząc od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury (pod względem merytorycznym i formalnym) Zamawiającemu/Udzielającemu zamówienia*, pod warunkiem uprzedniego dostarczenia Udzielającemu zamówienia zestawienia, o którym mowa w § 3 ust. 5 umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych podpisanej z wybranym Przyjmującym zamówienie.

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Ofertę należy złożyć w terminie do dnia **2 lutego 2017 r.** do godz. **09:30** w siedzibie Zamawiającego/Udzielającego zamówienia*, w budynku Administracji, w Biurze Pracownika ds. zamówień publicznych (pokój nr 17) - na piśmie/faksem pod nr 32/42-26-875 lub 43-28-169/drogą elektroniczną na adres: zam.publiczne@psychiatria.com.
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **2 lutego 2017 r.** do godz. **10:00** w siedzibie Zamawiającego/Udzielającego zamówienia*, w budynku Administracji, w Biurze Pracownika ds. zamówień publicznych (pokój nr 17).
3. UWAGA: Oferta niepodpisana i nieopieczętowana przez upoważnionego/ych przedstawiciela/i Wykonawcy/Przyjmującego zamówienie* zostanie odrzucona.
4. Oferta winna być napisana w języku polskim, czytelnie.
5. Zamawiającemu/Udzielającemu zamówienia* dopuszcza możliwość składania ofert częściowych na poszczególne pakiety, ale nie dopuszcza dalszego dzielenia zamówienia w ramach pakietów.
6. W celu złożenia oferty o treści spełniającej warunki niniejszego postępowania, Zamawiający/Udzielający zamówienia* zaleca, aby Wykonawcy/Przyjmujący zamówienie* na bieżąco monitorowali zmiany dotyczące postępowania.

V. OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy/Przyjmujący zamówienie*, którzy:

- 1) są wpisani do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 2) posiadają wykwalifikowany i przeszkolony personel uprawniony do wykonywania przedmiotu zamówienia, posiadający odpowiednią wiedzę medyczną potwierdzoną wymaganymi prawem dokumentami oraz doświadczenie gwarantujące najwyższy poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych.

VI. WYMAGANE DOKUMENTY:

1. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Wykaz osób uprawnionych do wykonywania świadczenia zdrowotnego.
3. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania ~~Wykonawcy~~/Przyjmującego zamówienie*).
4. Wypełniony Formularz oferty.
5. Wypełniony Formularz cenowy.
6. Pełnomocnictwo do reprezentowania ~~Wykonawcy~~/Przyjmującego zamówienie* w postępowaniu, w przypadku, gdy upoważnienie do podpisania oferty nie wynika bezpośrednio ze złożonego w ofercie odpisu z właściwego rejestru albo centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej. Pełnomocnictwo powinno być przedstawione w oryginale lub kopii poświadczonej notarialnie.

VII. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY:

1. W cenie oferty winny zawierać się wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego wykonania świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem zamówienia.
2. Cenę oferty stanowi wartość brutto pakietu określona w oparciu o przedmiot zamówienia.
3. W Formularzu oferty należy podać cenę oferty brutto za całość wykonania zamówienia [zgodnie z Formularzem cenowym (Załącznikiem nr 1 do Formularza oferty)].
4. Cena ma być wyrażona liczbowo i słownie.
5. Podana cena jest obowiązująca przez cały okres trwania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych podpisanej z wybranym ~~Wykonawcą~~/Przyjmującym zamówienie* i nie będzie podlegała waloryzacji.

VIII. KRYTERIUM OCENY OFERT:

Kryterium: Cena - waga 100%.

IX. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z ~~WYKONAWCAMI~~/PRZYJMUJĄCYMI ZAMÓWIENIE*:

1. W zakresie procedury: Joanna Kalisz tel. 32/62-18-338, 32/43-28-138.
2. W zakresie przedmiotu zamówienia: Sebastian Standowicz tel. 32/43-28-164.

X. INFORMACJA ZAMAWIAJĄCEGO/UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA*:

1. ~~Zamawiający~~/Udzielający zamówienia* informuje, iż unieważni niniejsze postępowanie jeżeli:
 - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
 - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 3) odrzucono wszystkie oferty;
 - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku niniejszego postępowania wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Udzielający zamówienia może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszone ponownie na tych samych warunkach postępowanie nie wpłynie więcej ofert.
3. W przypadku unieważnienia niniejszego postępowania w sytuacji, o której mowa w pkt X ppkt 1.1) Formularza oferty, Dyrektor może podpisać umowę z ~~Wykonawcą~~/Przyjmującym zamówienie*, który

wyrazi chęć podpisania umowy, bez przeprowadzenia ponownego postępowania, spełniającego wymagania określone w Formularzu oferty i Formularzu cenowym (Załączniku nr 1 do Formularzu oferty).

XI. ZAŁĄCZNIKI:

1. Formularz cenowy.
2. Wykaz osób uprawnionych do wykonywania świadczenia zdrowotnego.
3. Projekt umowy.

Zatwierdził:

Dyrektor

SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo
i Psychiczenie Chorych w Rybniku:

.....

--- WYPEŁNIA WYKONAWCA/PRZYJMĄCY ZAMÓWIENIE* ---

XII. NAZWA I ADRES WYKONAWCY/PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE*:

.....

.....

NIP: REGON:

tel. fax e-mail

Nazwa banku: nr konta:

XIII. CENA

1. Oferuję/emy wykonanie ~~usługi/~~ świadczenia zdrowotnego/~~dostawy/roboty budowlanej*~~ będącej/go przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia, za kwotę w wysokości [zgodnie z Formularzem cenowym (Załącznikiem nr 1 do Formularza oferty)]:

Pakiet 1

Cena brutto liczbą [PLN]	
Cena brutto słownie	

Pakiet 2

Cena brutto liczbą [PLN]	
Cena brutto słownie	

XIV. OŚWIADCZENIA:

1. Akceptuję/emy zawarte w Formularzu oferty szczegółowe warunki postępowania w trybie konkursu i nie wnoszę/imy do nich żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/am/liśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Akceptuję/emy Projekt umowy (Załącznik nr 3 do Formularza oferty) i w przypadku wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/emy się do jej podpisania na warunkach określonych w Formularzu oferty, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego/Udzielającego zamówienia*.
3. Gwarantuję/emy wykonanie całości zamówienia zgodnie z treścią Formularza oferty.
4. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych wynosi
5. Oświadczam/y, że przedmiot zamówienia wykonam/y: sam/i / przy udziale podwykonawcy/ów*. Następujące części zamówienia zamierzam/y powierzyć podwykonawcy/om:

Lp.	Nazwa/y części zamówienia	Nazwa/y i adres/y podwykonawcy/ów

XV. OSOBA/Y UPRAWNIONA/E DO KONTAKTOWANIA SIĘ Z ZAMAWIAJĄCYM / UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA* W SPRAWIE REALIZACJI NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA:

Imię i nazwisko: tel.

XVI. OSOBA/Y UPOWAŻNIONA/E DO REPREZENTOWANIA WYKONAWCY / PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE*:

IMIĘ I NAZWISKO:

WZÓR PODPISU:

.....

.....

.....

.....

XVII. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZAWARCIA UMOWY:

Zamawiający/Udzielający zamówienia* zawiera umowę z wybranym Wykonawcą/Przyjmującym zamówienie* w terminie do 7 dni od zamieszczenia wyników w BIP Szpitala. W uzasadnionych przypadkach termin ten może ulec wydłużeniu.

XVIII. OSOBA/Y ODPOWIEDZIALNA/E ZA REALIZACJĘ UMOWY:

Imię i nazwisko: tel.

XIX. ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

..... (miejsowość), dnia2017 r.

.....
*pieczęć i podpis osoby/ób upoważnionej/ych
do reprezentowania Wykonawcy/Przyjmującego zamówienie**

** niepotrzebne skreślić*

FORMULARZ CENOWY

Pakiet 1 - Świadczenia zdrowotne w zakresie badań mikrobiologicznych i laboratoryjnych nie będących badaniem „cito”

Lp.	Rodzaj badania	Szacunkowa liczba badań	Cena jednostkowa brutto [PLN]	Wartość brutto [PLN]
BIOCHEMIA				
1.	Albuminy	8		
2.	Białko całkowite	96		
3.	Bilirubina całkowita	4		
4.	Bilirubina bezpośrednia	4		
5.	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	54		
6.	Ferrytyna	56		
7.	Fruktozamina	5		
8.	HbA1c	100		
9.	Immunoglobulina A (IgA) - met. ilościowa	10		
10.	Immunoglobulina G (IgG) - met. ilościowa	20		
11.	Immunoglobulina M (IgM) - met. ilościowa	10		
12.	Lipaza	22		
13.	Prealbumina	5		
14.	RF (O. Waalera Rosego) - met. półilościowa	16		
15.	Transferyna	15		
16.	Zdolność wiązana żelaza (TIBC)	20		
17.	Żelazo	2		
18.	17-hydroksyprogesteron	20		
19.	17 - ketosterydy	20		
20.	Kwas 5 - hydroksyindolooctowy (HIO)	5		
21.	Kwas wanilino migdałowy (VMA)	5		
ANALITYKA OGÓLNA				
22.	Kał - pasożyty	234		
23.	Kał - resztki pokarmowe	4		
24.	Kał - G. Lamblia met. EIA	100		
25.	Mikroalbuminy w moczu (mikroalbuminuria)	2		
KOAGULOLOGIA				
26.	Białko C - met. chromogenna	5		

27.	BiałkoS - met. krzepięciowa	5		
28.	Oporność na aktywowane białko C (APC)	5		
29.	Antykoagulant tocznia	10		
HORMONY, WITAMINY, MARKERY NOWOTWOROWE				
30.	Tyreoglobulina	10		
31.	C-peptyd	5		
32.	Prokalcytonina	10		
33.	Parathormon (intact) PTH	10		
34.	Witamina B12	500		
35.	Witamina D3 metabolit 25(OH)	50		
36.	Kortyzol	70		
37.	Hormon wzrostu HGH	3		
38.	AMH (ocena rezerwy jajnikowej)	25		
39.	FSH	50		
40.	DHEA	30		
41.	SHBG	10		
42.	LH	70		
43.	Antygen nowotworowy 72-4 (rak żołądka)	5		
44.	Tkankowy swoisty antygen polipeptydowy	5		
45.	PSA całkowity	600		
46.	PSA wolny	20		
47.	PSA Index	5		
48.	CEA	200		
49.	AFP	40		
50.	CA125	70		
51.	CA 19-9	70		
52.	CA 15-3	6		
53.	ACTH	30		
54.	Aldosteron	30		
55.	Aldrostendion	40		
56.	B-HCG	22		
57.	Estradiol	100		
58.	Estriol	10		
59.	Inhibina B	2		
60.	Insulina	20		
61.	17-OH progesteron	5		
62.	Progesteron	40		
63.	Prolaktyna	140		
64.	Testosteron	100		
65.	Testosteron wolny	25		
INFEKCJE				
66.	HBs antygen - met. ilościowa	10		
67.	HBs przeciwciała met. ilościowa	100		
68.	HCV przeciwciała - met. ilościowa	100		

69.	HIV combo test (Ab+Ag) - met. ilościowa	100		
70.	HIV test potwierdzenia - met. Western-blot	50		
71.	VDRL przeciwciała (IgA,IgM,IgG) - met. ilościowa	20		
72.	Toxo (Toxoplasma gondii) IgG	50		
73.	Toxo (Toxoplasma gondii) IgM	55		
74.	Toxoplazmoza (Toxoplasma gondii) p/c IgG/ IgM	20		
75.	Toxo (Toxoplasma gondii) IgG awidność	10		
76.	Różyczka (Rubella virus) IgG	10		
77.	EBV (Epstein-Barr virus) IgG	8		
78.	EBV (Epstein-Barr virus) IgM	8		
79.	Mononukleozę zakaźną - met. ilościowa	5		
80.	Chlamydia pneumoniae IgG	10		
81.	Chlamydia trachomatis IgM	10		
82.	Chlamydia pneumoniae p/c IgG/ IgM	10		
83.	Chlamydia trachomatis p/c IgG/ IgM	10		
84.	Cytomegalia p/c IgG/ IgM	15		
85.	Krztusiec (Bordetella pertussis) IgG	3		
86.	Ospa (Varicella zoster virus)IgG	5		
87.	Ospa (Varicella zoster virus)IgM	5		
88.	Helicobacter pylori antygen (kał.)	30		
89.	Helicobacter pyloriprzeciwciała IgG - met. ilościowa	60		
90.	Helicobacter pylori przeciwciała IgA - met. ilościowa	15		
91.	Borrelia IgG	200		
92.	Borrelia IgM	200		
93.	Borrelia IgM/IgG	50		
94.	Borrelia IgG - met. western blot	10		
95.	Borrelia IgM - met. western blot	10		
96.	Mycoplasma Pneumoniae p/c IgG/ IgM	5		

97.	Różyczka (Rubella virus) p/c IgG/ IgM	5		
98.	TBE (odkleszczowe zapalenie mózgu) IgG	5		
99.	TBE (odkleszczowe zapalenie mózgu) IgM	5		
100.	Toksokaroza (Toxocara canis) IgG	5		
101.	Kiła (Fluorescens Trepanoma antibodies absorption test)	5		
102.	Kiła (Trepanoma palladium)FTA-ABS	5		
103.	Kiła (Trepanoma palladium)test hemaglutynacji	5		
104.	Glista ludzka (Ascaris lumbricoides) IgG	10		
105.	Yersinia enterocol. IgA	3		
106.	Yersinia enterocol. IgM	3		
107.	Yersinia enterocol. IgG	3		
TOKSYKOLOGIA				
108.	Ołów we krwi - met. ilościowa	5		
ELEKTROFOREZA				
109.	Proteinogram w surowicy	50		
AUTOIMMUNOLOGIA				
110.	P/c.p.peroksydazie tarczycowej (anty-TPO)	200		
111.	P/c.p. tyreoglobulinie (anty- TG)	150		
112.	P/c.p. receptorom TSH(TRAB)	50		
113.	P/c.p. dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty -GAD)	10		
114.	P/c.p. cytrulinowe (anty-CCP) IgG	50		
115.	P/c.p. jądrowe i p. cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy, jakościowy Hep 2	20		
116.	P/c.p. jądrowe i p. cytoplazmatyczne (ANA2), test przesiewowy, jakościowy Hep 2	20		
117.	P/c.p .ANA screen	40		
118.	P/c.p. mięśniom gładkim (ASMA)	10		

119.	P/c.p. mitochondrialne (AMA)	10		
120.	P/c.p.mikrosomom nerek i wątroby (AMA,LKM)	2		
121.	P/c.p. mikrosomom nerek i wątroby (anty-LKM)	2		
122.	Mozaika wątrobowa (ANA,AMA,ASMA,APCA, LKM)	2		
123.	Profil wątroby (ANA M2, LKM-1,LC-1,SLA/LP)	5		
124.	P/c.p. mięśniom poprzecznie prążkowanym (AStMA)	2		
125.	P/c.p. antygenom cytoplazmy neutrofilów(ANCA)	2		
126.	P/c.p. proteinazie 3(PR3)cANCA	2		
127.	P/c.p. mieloperoksydazie (MPO) pANCA	2		
128.	P/c.p. błonie podstawnej kłębuszków nerkowych (GBM)	2		
129.	P/c.p. plemnikowe	20		
130.	P/c.p. komórkom okładzinowym żołądka (APCA)	2		
131.	P/c.p. endomysium (Ema) IgA	3		
132.	P/c.p. endomysium (Ema) IgG	3		
133.	P/c.p. gliadynie (DGP) IgA	3		
134.	P/c.p. gliadynie (DGP) IgG	3		
135.	P/c.p. transglutaminazie tkankowej (anty-tTG) IgG	20		
136.	P/c.p. transglutaminazie tkankowej (anty-tTG) IgA	20		
137.	P/c.p. kardiolipinie IgM	5		
138.	P/c.p.kardiolipinie IgG	5		
139.	P/c.p. antygenom neutrofilów cytoplazmatyczne met. IF	2		
140.	P/c.p. antygenom neutrofilów okołojądrowe met. IF	2		
141.	P/c.p. endomysium (Ema) i gliadynie (AGA) IgG met. IF	2		
142.	P/c.p. receptorom acetylocholino	10		

ALERGOLOGIA				
143.	IgE całkowite	20		
144.	Panel alergenów pediatrycznych	5		
145.	Panel alergenów pokarmowych	5		
146.	Panel alergenów wyziewnych	5		
147.	Panel alergenów - jad owadów (osa, pszczoła)	2		
148.	Przesiewowy panel alergologiczny min. 40 alergenów - metoda chemiluminescencyjna ilościowa	10		
149.	Eozynofilia bezwzględna	5		
MIKROBIOLOGIA				
150.	Mocz - posiew	400		
151.	Wymaz z gardła	10		
152.	Plwocina - posiew	3		
153.	Wymaz z nosa	10		
154.	Wymaz z lewego ucha	10		
155.	Wymaz z prawego ucha	10		
156.	Wymaz spod napletka	20		
157.	Wymaz z pochwy + biocenoza	20		
158.	Wymaz z kanału szyjki macicy	20		
159.	Nasienie - posiew	15		
160.	Wymaz z rany, ropnia, czyraka, owrzodzenia - posiew	10		
161.	Płyn z jam ciała - posiew tlenowy	2		
162.	Płyn z jam ciała - posiew beztlenowy	2		
163.	Posiew na nosicielstwo z odbytu	2		
164.	Krew - posiew tlenowy	20		
165.	Krew - posiew beztlenowy	20		
166.	Kał - posiew	30		
167.	Kał - nosicielstwo Salmonella (3ozn.)	10		
168.	Kał - Clostridium difficile - toksyny A/B	5		
169.	Sporal S	2		
170.	Ocena mikrobiologiczna czystości powietrza w środowisku	2		
171.	Ocena mikrobiologiczna czystości powierzchni	2		
172.	Badanie mykologiczne	10		

173.	Antybiogram (1 patogen)	10		
174.	Mykogram (1 patogen)	10		
175.	Oznaczenie MIC 1 antybiotyku	2		
BADANIA INNE				
176.	Insulinopodobny Czynn timer Wzrostu IGF-1	4		
177.	Homocysteina	30		
178.	Selen	2		
179.	C-3 składnik dopełniacza	2		
180.	Ceruloplazmina	3		
181.	S-100 (marker nowotworowy czerniaka i guzów mózgu)	5		
182.	Kwas walproinowy	10		
183.	IgE sp. Amoxycylina	5		
184.	IgE sp. Glista ludzka	10		
185.	IgE sp. Mleko krowie	3		
186.	K83 / Elastaza trzustkowa w kale	5		
187.	Karbamazepian - met. ilościowa	5		
188.	Digoksyna	5		
189.	Grupa krwi	80		
190.	PTA (Alloprzeciwciała)	30		
191.	BTA (bezpośredni test antyglobulinowy)	30		
Razem				

..... (miejsowość), dnia 2017 r.

.....
*pieczętka i podpis osoby/ób upoważnionej/ych
do reprezentowania Wykonawcy/Przyjmującego
zamówienie**

FORMULARZ CENOWY

Pakiet 2 - Świadczenia zdrowotne w zakresie badań prątków gruźlicy

Lp.	Rodzaj badania	Szacunkowa liczba badań	Cena jednostkowa brutto [PLN]	Wartość brutto [PLN]
1.	Badanie prątków gruźlicy	200		

..... (miejsowość), dnia 2017 r.

.....
pieczętka i podpis osoby/ób upoważnionej/ych
do reprezentowania Wykonawcy/Przyjmującego
zamówienie*

WYKAZ OSÓB UPRAWNIONYCH DO WYKONYWANIA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Kwalifikacje zawodowe	Stanowisko

..... (miejsowość), dnia 2017 r.

.....
*pieczętka i podpis osoby/ób upoważnionej/ych
do reprezentowania Wykonawcy/Przyjmującego
zamówienie**

PROJEKT UMOWY NR DZp.....
NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Zawarta w dniu r. w Rybniku pomiędzy:

SP ZOZ Państwowym Szpitalem dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, ul. Gliwicka 33, 44-201 Rybnik, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS 0000057601, NIP: 642-25-99-502, REGON: 000292936

reprezentowanym przez: **Dyrektora - Andrzeja Krawczyka**
zwanym w treści umowy „Udzielającym zamówienia”

a

.....
.....
(NIP REGON)

reprezentowanym/ą przez:
zwanym/ą w treści umowy „Przyjmującym zamówienie”.

W wyniku przeprowadzonego konkursu zgodnie z postanowieniami art. 26 i nast. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: DZ. U. z 2016 r. poz. 1638), zwanej dalej UoDL, oraz Wewnętrzznego Regulaminu Udzielania Zamówień Strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

Przedmiot umowy

1. Udzielający zamówienia zleca a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie:
 - 1) Pakiet 1 - Badań mikrobiologicznych i laboratoryjnych nie będących badaniem „cito”,
 - 2) Pakiet 2 - Badań prątków gruźlicy.
2. Podstawą udzielenia świadczenia zdrowotnego będzie prawidłowo wypełniony imienny druk skierowania opatrzony pieczętką Udzielającego zamówienia.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane będą w siedzibie Przyjmującego zamówienie w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od do (ustalonych z Przyjmującym zamówienie po podpisaniu umowy).
4. Przyjmujący zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt organizuje transport materiału do badań i odbiór wyników w formie papierowej oraz elektronicznej zapewniając spełnienie wymogów dotyczących transportu przewidzianych powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
5. Świadczenia zdrowotne zlecane będą przez Udzielającego zamówienia w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.
6. Wykaz osób uprawnionych do wykonywania świadczenia zdrowotnego stanowi Załącznik nr 2 do umowy.
7. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych wynosi

§ 2

Obowiązki Przyjmującego zamówienie

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

- 1) do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych umową posiada wykwalifikowany i przeszkolony personel uprawniony do wykonywania przedmiotu umowy, posiadający odpowiednią wiedzę medyczną potwierdzoną wymaganymi prawem dokumentami oraz doświadczenie gwarantujące najwyższy poziom udzielanych świadczeń;
- 2) spełnia wszystkie wymagane przepisami prawa warunki i standardy do świadczenia usług w zakresie przedmiotu umowy oraz dysponuje niezbędnym sprzętem, urządzeniami i pomieszczeniami umożliwiającymi ich realizację;
- 3) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie umowy;
- 4) przedmiot umowy nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych Przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 5) zawarł i opłacił umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych oraz że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji umowy - po każdorazowym upływie terminu obowiązywania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, w terminie do 30 dni od zawarcia nowej umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się przedłożyć Udzielającemu zamówienia kserokopię polisy ubezpieczeniowej wraz z kserokopią potwierdzenia opłaty składki/ek.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

- 1) prowadzenia dokładnej i systematycznej dokumentacji medycznej oraz statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa;
- 2) zachowania w tajemnicy wszystkich danych osobowych, które uzyskał w związku z wykonywaniem umowy zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002, Nr 101, poz. 926 ze zm.);
- 3) poddania się kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwanego dalej NFZ, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 ze zm.), w zakresie wynikającym z umowy;
- 4) poddania się kontroli osobie wyznaczonej przez Udzielającego zamówienia w zakresie wykonywanych świadczeń objętych umową;
- 5) udzielania świadczeń objętych umową terminowo, z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych;
- 6) zapewnienia dostarczenia, na koszt własny, niezbędnych materiałów i akcesoriów koniecznych do pobrania materiałów, jak: podłoża do badań bakteriologicznych, badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej, itp.;
- 7) dostarczenia procedur zlecania, pobierania, przechowywania i transportu materiału oraz przeszkolenia pracowników Udzielającego zamówienia w zakresie w/w procedur w terminach wskazanych przez Udzielającego zamówienia;
- 8) systematycznej współpracy z działającym w strukturach Udzielającego zamówienia Zespołem Kontroli Zakazań Szpitalnych, polegającej w szczególności na sporządzaniu okresowych raportów epidemiologicznych (miesięcznych, kwartalnych, półrocznych, rocznych), zgodnie z obowiązującymi prawem - raporty epidemiologiczne będą zawierały analizy ilościowe i jakościowe dla całego Szpitala oraz w podziale na zlecającą komórkę organizacyjną Szpitala;
- 9) niezwłocznego powiadomienia Udzielającego zamówienia pisemnie oraz telefonicznie pod numer 32/4328164, 32/4328188, 32/6218316 o wystąpieniu okoliczności uniemożliwiających wykonywanie usług podając przyczynę oraz przewidywany czas przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 10) wprowadzenia umowy w Portal Świadczeniodawcy w terminie 14 dni od daty jej zawarcia oraz bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym, zgodnie z wymogami

NFZ;

- 11) zawiadomienia w terminie do 3 dni o każdym postępowaniu wszczętym przez GIODO a dotyczącym lub mogącym dotyczyć danych osobowych udostępnionych przez Udzielającego zamówienia.

§ 3

Wynagrodzenie z tytułu zawartej umowy

1. Przyjmujący zamówienie będzie uprawniony do otrzymania wynagrodzenia za udzielone świadczenia zdrowotne zgodnie z Formularzem cenowym stanowiącym Załącznik nr 1 do umowy z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Z tytułu realizacji umowy maksymalne całkowite wynagrodzenie przysługujące Przyjmującemu zamówienie za cały okres obowiązywania umowy nie może wynieść więcej niż zł brutto (słownie:).
3. Zlecenie przez Udzielającego zamówienia wykonania świadczeń zdrowotnych objętych umową w zakresie skutkującym zapłatą wynagrodzenia w całym okresie obowiązywania umowy w wysokości niższej niż określona w ust. 2 powyżej nie wymaga podania przyczyny czy powstania obowiązku zapłaty na rzecz Przyjmującego zamówienie jakichkolwiek świadczeń.
4. Rozliczenie za udzielone świadczenia zdrowotne następować będzie w okresach miesięcznych w odniesieniu do rzeczywistej ilości wykonanych świadczeń i cen przedstawionych w Formularzu cenowym stanowiącym Załącznik nr 1 do umowy.
5. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do dostarczenia Udzielającemu zamówienia, w terminie do 3 dnia roboczego każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, zestawienia określającego imię i nazwisko pacjenta, rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego i datę jego wykonania.
6. Udzielający zamówienia dokona zapłaty za wykonane w danym miesiącu świadczenia zdrowotne na rachunek bankowy wskazany w treści faktury w terminie 30 dni, licząc od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury (pod względem merytorycznym i formalnym) Udzielającemu zamówienia, pod warunkiem uprzedniego dostarczenia Udzielającemu zamówienia zestawienia, o którym mowa w ust. 5 powyżej.
7. Za dzień zapłaty Strony uznają datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.
8. W ramach wartości umowy Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość przesunięcia środków finansowych pomiędzy poszczególnymi zakresami świadczeń zdrowotnych (w przypadku podpisania umowy na oba pakiety).
9. Zmiany, o których mowa w ust. 8 powyżej, nie stanowią zmian umowy i nie wymagają formy pisemnej.

§ 4

Okres obowiązywania umowy

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia zawarcia umowy do 31.12.2019 r.

§ 5

Rozwiązanie oraz wypowiedzenie umowy

1. Rozwiązanie umowy następuje:
 - 1) z upływem czasu, na który została zawarta;
 - 2) wskutek pisemnego oświadczenia jednej ze Stron, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego;
 - 3) wskutek pisemnego oświadczenia jednej ze Stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy;
 - 4) w przypadku, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia odmówi finansowania świadczeń zdrowotnych, których udzielanie stanowi przedmiot umowy.
2. Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym, w przypadku:
 - 1) utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień koniecznych do realizacji przedmiotu umowy;
 - 2) niespełnienia wymogów określonych w § 2 ust. 1 pkt 4 umowy;

- 3) ograniczenia dostępności świadczeń zdrowotnych, zawężenia ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości;
- 4) nieprawidłowości w rozliczaniu się z udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności niedostarczenia zestawienia, o którym mowa w § 3 ust. 5 umowy;
- 5) odmowy wykonania zleconego przez Udzielającego zamówienia świadczenia zdrowotnego;
- 6) udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające odpowiednich kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
- 7) udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie;
- 8) przedstawiania przez Przyjmującego zamówienie nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących podstawą ustalenia kwoty wynagrodzenia;
- 9) braku współpracy przy kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub Udzielającego zamówienia.

§ 6

Wierzytelności i odpowiedzialność za szkody

1. Przeniesienie wierzytelności wynikających z umowy wymaga zgody podmiotu tworzącego Udzielającego zamówienia, udzielonej w trybie art. 54 ust. 5 UoDL.
2. Przyjmujący zamówienie nie może przenieść na inny podmiot obowiązków wynikających z umowy.
3. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.

§ 7

Kary umowne

1. Udzielający zamówienia może nałożyć na Przyjmującego zamówienie karę umowną w przypadku:
 - 1) bezzasadnej odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego - w wysokości 50% wartości tego świadczenia zdrowotnego ustalonego zgodnie z treścią oferty lub, w braku odpowiednich postanowień w ofercie, z cennikiem Przyjmującego zamówienie;
 - 2) niedotrzymania terminu wykonania świadczenia zdrowotnego, jeżeli taki termin został podany przez Przyjmującego zamówienie - w wysokości 50% wartości świadczenia zdrowotnego;
 - 3) naruszenie zakazu, o którym mowa w § 6 ust. 2 umowy, skutkować będzie obowiązkiem zapłaty przez Przyjmującego zamówienie na rzecz Udzielającego zamówienia kary umownej w wysokości 10% wierzytelności, którą nabyła, niezależnie od podstawy faktycznej lub prawnej, osoba trzecia;
 - 4) naruszenia innych postanowień wynikających z umowy - w wysokości 10% wynagrodzenia brutto, określonego w § 3 ust. 1 umowy, za każde z naruszeń.
2. Niezależnie od kary określonej w ust. 1 pkt 1) powyżej, za bezzasadną odmowę udzielenia świadczenia zdrowotnego Udzielający zamówienia jest uprawniony do obciążenia Przyjmującego zamówienie różnicą w kosztach wykonania świadczenia przez osobę trzecią w miejsce Przyjmującego zamówienie.
3. Strony zastrzegają możliwość dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przenoszącego wysokość zastrzeżonych kar umownych.
4. Udzielający zamówienia uprawniony jest do żądania pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez NFZ kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z NFZ, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez Przyjmującego zamówienie zadań i obowiązków wynikających z umowy.

§ 8

Postanowienia końcowe

1. Osobą sprawującą nadzór nad realizacją umowy jest:
 - 1) ze strony Udzielającego zamówienia:
 - Sebastian Standowicz - p.o. Kierownik Laboratorium - tel. 32/43-28-164;

2) ze strony Przejmującego zamówienie:

..... - tel.

Strony zgodnie oświadczają, że umową udzielają wymienionym powyżej osobom umocowania do bieżących kontaktów w sprawie realizacji umowy, w tym do przekazywania i odbierania dokumentów.

2. Strony zobowiązują się rozwiązywać spory wynikające z realizacji postanowień umowy w drodze negocjacji przez wyznaczonych pełnomocników. W przypadku braku porozumienia między Stronami na tle realizacji postanowień umowy rozstrzyga Sąd właściwy dla Udzielającego zamówienia.
3. Wszelkie zmiany dotyczące umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
4. Nieważna jest zmiana postanowień zawartej 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.
5. W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa właściwe dla przedmiotu umowy.
6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie

Załączniki do umowy:

1. Formularz cenowy.
2. Wykaz osób uprawnionych do wykonywania świadczenia zdrowotnego.