

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

w Pruszkowie ul. Armii Krajowej 2/4

www.szpitalnawrzesinie.pl**OGŁOSZENIE z dnia 1 grudnia 2021r. Nr DKP-879/2021**

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie działając na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 r. poz. 711 ze zm.) ogłasza konkurs ofert i zaprasza do składania ofert na

**Wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych oraz
przeprowadzenie sekcji zwłok
dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki
Zdrowotnej w Pruszkowie**

W konkursie ofert mogą brać udział podmioty określone w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej spełniające warunki SWKO ofert i posiadają uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia.

Ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informatycznymi o przedmiocie konkursu można zapoznać się w Dziale Kadr i Płac (budynek Dyrekcji) w godzinach 8:00-14.00 od poniedziałku do piątku, nr tel. (22) 75-88-295, (22) 75-86-054 wew. 268 lub na stronie internetowej www.szpitalnawrzesinie.pl w zakładce konkursy.

Oferty należy składać na formularzu „OFERTA” (załącznik do SWKO) w zamkniętych kopertach z podaniem adresu do korespondencji (wraz z numerem telefonu kontaktowego) oznaczone sygnaturą konkursu **DKP-879/2021 w terminie do 14 grudnia 2021 roku, do godziny 13:00** w Sekretariacie Szpitala SPZ ZOZ (w budynku Dyrekcji - piętro I) lub przesłać pocztą do 13 grudnia 2021 roku na adres Szpitala.

Otwarcie ofert na w/w zakresy w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych nastąpi **14 grudnia 2021 roku o godzinie 14.00** w Dziale Kadr i Płac (budynek Dyrekcji).

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w ciągu **14 dni** od daty otwarcia ofert.

Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania, a także odwołania konkursu ofert oraz przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia o rozstrzygnięciu ofert bez podania przyczyny, w każdym czasie.

Łączna szacunkowa wartość zamówienia przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 000 euro.

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, ul. Armii Krajowej 2/4, 05-800 Pruszków, który reprezentuje Dyrektor.
2. Zbierane dane osobowe są przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku (Dz.U.2018 poz. 1000.) oraz Rozporządzeniem Ogólnym RODO w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawienia.
3. Zgromadzone dane osobowe nie będą przekazywane innym odbiorcą i wykorzystane wyłącznie w celu niniejszej rekrutacji.
4. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie w wyjątkowych sytuacjach i bez podania przyczyny zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu w każdym czasie lub wydłużenia terminu składania ofert oraz zmiany terminu ogłoszenia wyników o rozstrzygnięciu konkursu. Każdorazowo informacja o zmianie, o której mowa powyżej będzie umieszczona w formie komunikatu na stronie internetowej www.szpitalnawrzesinie.pl oraz na tablicy ogłoszeń

DYREKTOR
SPZZOZ w Pruszkowie

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie
ul. Armii Krajowej 2/4 | 05-800 Pruszków | tel. 22 758 80 02 | fax: 22 728 71 38

www.szpitalnawrzesinie.pl

Wykonał: N.Fronczak

M

Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania **badania histopatologicznych i cytologicznych oraz przeprowadzenia sekcji zwłok** dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie (SPZZOZ)

I. OGÓLNE WARUNKI POSTĘPOWANIA

Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie art. 26, 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 poz.711. ze zm.), zwanej dalej ustawą,

1. Do konkursu mogą przystąpić odpowiednie podmioty lecznicze w rozumieniu Ustawy o działalności leczniczej.
2. Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych.
3. Umowa zawarta będzie na okres 2 lat, przewidywany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń 1 stycznia 2022r., z zastrzeżeniem przesunięcia z przyczyn proceduralnych.

II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

Przedmiotem konkursu jest **wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych oraz przeprowadzenie sekcji zwłok** dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie (SPZZOZ)

CPV 85148000-8 – Usługi analizy medycznej

1. Szacunkowa liczba badań histopatologicznych w okresie zamówienia podana w **załączniku nr 1**
2. Podane w ogłoszeniu ilości badań są ilościami szacunkowymi, w celu określenia wartości zamówienia, co nie odzwierciedla deklarowanego wykorzystania w okresie trwania umowy. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość zmniejszenia ilości badań w zależności od potrzeb, co nie może być podstawą jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta.
3. Szacunkowa wartość zamówienia wynosi 544.000,00 PLN brutto

III. WARUNKI POMIOTOWE I PRZEDMIOTOWE KONKURSU

1. O udzielenie zamówienia ubiegać się mogą podmioty wskazane w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.).
2. Przyjmujący zamówienie zapewnia we własnym zakresie personel, sprzęt, aparaturę i odczynniki niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia.
3. Niezbędne jest posiadanie uprawnień, kwalifikacji, sprzętu i aparatury medycznej oraz personelu niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
4. Badania zostaną wykonane w możliwie jak najkrótszym terminie.
5. Przyjmujący zamówienia zapewnia transport materiału do badań. Materiał do badań będzie przygotowany w sposób uzgodniony z Przyjmującym Zamówienie. W przypadku wykonania sekcji zwłok, transport leży po stronie Udzielającego Zamówienie.
6. Badania powinny być wykonywane na aparatach nowoczesnych, gwarantujących skuteczną diagnostykę. Aparatura, na której będą wykonywane badania musi

- spełniać standardy określone przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. (Należy dołączyć oświadczenie, zgodne z **załącznikiem nr 2** do SWKO).
7. Świadczenia powinny być wykonywane z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, z zasadami etyki zawodowej, uwzględniając najnowsze standardy, stosowane przy realizowaniu świadczeń z zakresu objętego przedmiotem konkursu.
 8. Badania powinny być świadczone przez wyszkolony i wykwalifikowany personel posiadający uprawnienia do ich wykonywania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. (Należy dołączyć oświadczenie, zgodne z **załącznikiem nr 3** do SWKO).
 9. Przyjmujący zamówienie zapewni ciągłość realizacji świadczeń niezależnie od urlopow, absencji chorobowej i nieobecności pracowników z innych powodów, bez naruszenia warunków zawartej umowy
 10. W przypadku zaistnienia u Udzielającego zamówienia potrzeby wykonania badania innego z zakresu patomorfologii a możliwego do wykonania przez Przyjmującego zamówienie, cena tego badania nie będzie wyższa niż określona aktualnym cennikiem Przyjmującego zamówienie.
 11. Kompletny wynik badania histopatologicznego musi zawierać zakres wartości prawidłowych z uwzględnieniem przedziału wiekowego oraz komentarz (jeśli dotyczy).
 12. Wynik badania winien być autoryzowany przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje (lekarz patomorfolog).
 13. Prawidłowo autoryzowane wyniki badań histopatologicznych/patomorfologicznych przekazywane będą z zachowaniem praw pacjenta, przy uwzględnieniu ochrony danych osobowych (w formie uniemożliwiającej odczytanie tych wyników przez osoby trzecie np. w trwale zamkniętej kopercie) w jednej z niżej wskazanych form: pocztą w formie przesyłki poleconej lub kurierem Przyjmującego zamówienie.
 14. Wyniki badań innych niż histopatologiczne/patomorfologiczne, które sporządzane są w wersji papierowej, przekazywane będą z zachowaniem praw pacjenta, przy uwzględnieniu ochrony danych osobowych (w formie uniemożliwiającej odczytanie tych wyników przez osoby trzecie np. w trwale zamkniętej kopercie) w jednej z niżej wskazanych form: pocztą w formie przesyłki poleconej lub kurierem Przyjmującego zamówienie.
 15. W przypadku zlecenia badań w trybie pilnym oraz w innych wyjątkowych przypadkach (w szczególności w przypadku przekroczenia parametrów granicznych lub z uwagi na zagrożenie życia pacjenta), niezależnie od obowiązku dostarczenia oryginału wyników badań w formie papierowej, Przyjmujący zamówienie z zachowaniem praw pacjenta, przy uwzględnieniu ochrony danych osobowych, niezwłocznie przekazuje wyniki badań drogą: a) telefoniczną, faxem oraz e-mail na numer i na adres laboratorium lub na umieszczone na skierowaniu numer i na adres oddziału, który zlecił badanie.
 16. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany dostarczyć licencję Komisji Polskiego Towarzystwa Patologów ds. Licencjonowania Zakładów/Pracowni Patomorfologii lub/i oświadczenie o systemie kontroli wewnątrzlaboratoryjnej jakości badań, posiadaniu aktualnych certyfikatów zewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości na zaoferowane badania objęte systemami kontroli. (Należy dołączyć oświadczenie, zgodne z **załącznikiem nr 4** do SWKO).
 17. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy w szczególności:
 - 1) wykonywanie badań stanowiących przedmiot postępowania, na podstawie skierowania lekarzy SPZZOZ w Pruszkowie;
 - 2) wykonywanie badań zgodnie z wiedzą opartą na dowodach naukowych oraz rekomendowanymi przez Polskie Towarzystwo Patologów, Stowarzyszenie Neuropatologów Polskich, konsultanta krajowego w dziedzinie

- patomorfologii oraz konsultanta krajowego w dziedzinie neuropatologii wytycznymi lub zaleceniami dotyczącymi sposobu postępowania z materiałem po pobraniu od pacjenta albo ze zwłok, sposobu postępowania z materiałem tkankowym podczas badania makroskopowego, przygotowania materiału do badania oraz zasad opisu badania patomorfologicznego;
- 3) wykonywanie badań zgodnie z wymaganiami NFZ wobec pracowni diagnostyki patomorfologicznej, pozwalającymi na realizację wszystkich umów zawartych pomiędzy SPZZOZ w Pruszkowie z NFZ oraz innymi podmiotami;
 - 4) stosowanie aparatury i sprzętu posiadających certyfikaty dopuszczenia do obrotu oraz zapewniającego wysoką jakość świadczonych usług;
 - 5) stosowanie materiałów, odczynników, standardów, procedur i metodologii spełniających wymogi określone aktualnymi przepisami prawa;
 - 6) udzielanie świadczeń przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji i spełniające wymagania zdrowotne;
 - 7) poddawanie się procedurom kontrolnym Udzielającego zamówienia;
 - 8) zobowiązanie się do poddania kontroli Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy;
 - 9) prowadzenie i archiwizacja dokumentacji medycznej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania oraz sprawozdawczości statystycznej w zakresie przedmiotu zamówienia;
 - 10) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych, zasad bezpieczeństwa, higieny pracy, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 11) zapewnienie ochrony danych objętych dokumentacją medyczną;
 - 12) zachowanie ciągłości ubezpieczenia w czasie trwania umowy oraz dostarczenie niezwłocznie aktualnego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie po upływie ważności poprzedniego okresu ubezpieczenia;

IV. OPIS WYMAGANYCH DOKUMENTÓW I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY.

1. Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty:
 - 1) kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC oraz oświadczenie o przedłożeniu polisy na czas trwania umowy,
 - 2) aktualny odpis z właściwego rejestru KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
 - 3) kopia zaświadczenia o numerze NIP,
 - 4) kopia zaświadczenia o numerze REGON,
 - 5) formularz ofertowo – cenowy zgodnie z załącznikiem nr 1 (wydruk może zawierać tylko oferowane badania).
 - 6) oświadczenie dot. aparatury zgodne z załącznikiem nr 2 do SWKO,
 - 7) oświadczenie dot. personelu wraz z liczbą i kwalifikacją osób wykonujących badania zgodne z załącznikiem nr 3 do SWKO,
 - 8) oświadczenie o systemie kontroli zgodnie z załącznikiem nr 4 do SWKO,
 - 9) dokumenty poświadczające jakość (Certyfikaty kontroli zewnętrznych na zaoferowane badania – jeśli są objęte systemami kontroli, certyfikaty ISO, akredytacje).
2. Warunki złożenia oferty:
 - 1) do oferty należy dołączyć wypełniony załącznik nr 1

- 2) oferta powinna być napisana w języku polskim, czytelnie – na komputerze lub inną trwałą techniką;
 - 3) Udzielający zamówienia nie dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.
 - 4) oferta powinna zostać podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentacji Oferenta;
 - 5) każda strona oferty powinna być ponumerowana kolejnymi numerami;
 - 6) wszelkie zmiany, poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną do podpisania oferty;
 - 7) ceny wyrażone w ofercie powinny zostać podane w PLN (netto). Udzielający zamówienia oświadcza, że świadczenia, będące przedmiotem Umowy, są usługami w zakresie opieki zdrowotnej, służącymi profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. Usługa zwolniona jest z podatku VAT.
3. Termin związania ofertą ustala się na 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Oferty należy składać w zaklejonej kopercie, która:
- 1) Powinna zawierać nazwę i adres Oferenta;
 - 2) Powinna być zaadresowana na Udzielającego zamówienia:

SPZZOZ w Pruszkowie

ul. Armii Krajowej 2/4 05-800 Pruszków

**Konkurs ofert na badania histopatologiczne i cytologiczne oraz
przeprowadzenie sekcji zwłok**

Nie otwierać przed dniem 14 grudnia 2021 r.

5. Oferty należy składać w Sekretariacie Szpitala SPZZOZ w Pruszkowie (w budynku Dyrekcji- I piętro lub przesłać pocztą **do dnia 14 grudnia 2021 r.** do godz. 13.00. na adres Szpitala.
6. Termin składania ofert upływa w dniu **14 grudnia 2021 r.** o godzinie 13:00.
7. Oferty złożone po terminie będą zwracane bez otwierania.
8. Każdy Oferent może zwrócić się do Udzielającego zamówienie o wyjaśnienie treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert. Termin na zadawanie pytań upływa w dniu 10 grudnia 2021 r. Pisemne zapytania należy kierować na adres e-mail: nina.fronczak@szpitalnawrzesinie.pl.
9. Osobą uprawnioną do kontaktu z Oferentami w sprawach merytorycznych jest Pani Dorota Łasica dorota.lasica@szpitalnawrzesinie.pl.
10. Oferent może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje, uzupełnienia do złożonych ofert pod warunkiem, że Udzielający zamówienia otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian, poprawek itp. przed upływem terminu składania ofert.
11. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian musi być złożone według takich samych zasad jak składana oferta, tj. w szczelnie zamkniętej kopercie odpowiednio oznakowanej z dopiskiem zmiana oferty.
12. Oferty niepodpisane na formularzu ofertowym w wyznaczonym miejscu przez osoby upoważnione, złożone na innym niż określony formularzu oraz niespełniające innych istotnych warunków określonych w specyfikacji zamówienia zostaną odrzucone.
13. Konsekwencje złożenia oferty niezgodnie z wyżej wymienionym opisem ponosi Oferent.
14. Każdy Oferent może złożyć w niniejszym konkursie tylko jedną ofertę w jednym egzemplarzu pod rygorem wykluczenia z konkursu.
15. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
16. Dla uzyskania ważności oferta musi zawierać wszystkie wymagane oświadczenia i dokumenty wymienione w punkcie 1 niniejszego rozdziału.
 - 1) Wszystkie dokumenty powinny mieć formę oryginału lub poświadczoną za zgodność z oryginałem kserokopii. Poświadczenie musi być dokonane przez

Oferenta (osobę upoważnioną do reprezentacji). Poświadczenia należy dokonać na tej samej stronie na której dokument kserowano.

2) **Forma poświadczenia: własnoręczny podpis, imię, nazwisko, ewentualnie imienna pieczęć, data i podpis „za zgodność z oryginałem”.**

3) W przypadku składania pełnomocnictw powinny być one złożone w oryginale, poświadczonych notarialnie kopii lub kopii poświadczonych przez adwokata lub radcę prawnego.

V. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcie ofert nastąpi w Dziale Kadr i Plac w dniu **14 grudnia 2021** r. o godzinie 14:00.
2. Otwarcie ofert zostanie dokonane w obecności Oferentów przy czym obecność ta nie jest obowiązkowa.
3. Komisja konkursowa w części jawnej w obecności Oferentów:
 - 1) Stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
 - 2) Otwiera koperty i ustala, które z ofert spełniają warunki formalne określone w ogłoszeniu o konkursie;
 - 3) Przyjmuje do protokołu zgłoszone przez Oferentów wyjaśnienia i oświadczenia.
4. W przypadku, gdy któraś z ofert zawiera braki formalne komisja konkursowa może zobowiązać Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
5. Komisja konkursowa zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert oraz do zmiany terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert, bez podawania przyczyny.

VI. KRYTERIA OCENY OFERT.

1. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający zamówienia stosuje następujące kryteria:

Cena oferty 80%

Jakość 20%

2. Sposób obliczania wartości punktowej

Ocena punktowa kryterium „cena oferty” za zaoferowane badanie zostanie wyliczona wg wzoru:

$$C = \frac{C_{min}}{C_o} \times 100 \times 80\%$$

gdzie: C – wskaźnik oceny kryterium „cena oferty”

C_{min} – to najniższa cena spośród ważnych ofert (w złotych)

C_o – to cena oferty ocenianej (w złotych)

Ocena punktowa kryterium „ocena jakości” zostanie wyliczona wg wzoru:

$$W_o = (W_1 + W_2 + W_3 + W_4)$$

$$W = \frac{W_o}{W_{max}} \times 100 \times 20\%$$

gdzie: W – wskaźnik oceny kryterium „ocena jakości”

W_o – to ilość punktów badanej oferty

W_{max} – to najwyższa ilość punktów przyjęta dla tego kryterium

W₁ - Posiadanie licencji polskiego Towarzystwa patomorfologów – 1 pkt,

W₂ – zatrudnienie patomorfologa z tytułem naukowym dr n. med.– 1 pkt za każdą osobę

W₃ - Posiadanie certyfikatu ISO 9001 - 1 pkt,

W₄ - Posiadanie akredytacji – 1 pkt

Łączna ilość punktów za oba ww. kryteria zostanie obliczona zgodnie z poniższym wzorem: $K = C + W$

gdzie: K – to łączna suma uzyskanych punktów.

3. Komisja wybierze najkorzystniejszą ofertę według przyjętego kryterium spełniająca warunki SWKO. W przypadku jednakowej ilości punktów, wybrana zostanie oferta z krótszym czasem realizacji
4. W przypadku, kiedy dwie oferty uzyskają tę samą liczbę punktów, o przyjęciu jednej z nich zdecydują:
 - 1) Odległość od Udzielającego zamówienia
 - 2) Ciągłość świadczeń (dotychczasowa współpraca)

VII. ROZSTRZYGNIĘCIE POSTĘPOWANIA

1. O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia poinformuje na swojej stronie internetowej w terminie do **14 dni** od daty upływu terminu składania ofert podając nazwę, adres oraz ilość uzyskanych punktów Oferenta który został wybrany.
2. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta w terminie 7 dni, licząc od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert, z oferentem niepodlegającym odrzuceniu, spełniającymi warunki określone w niniejszym postępowaniu, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą w oparciu o ustalone kryteria oceny.
3. Komisja konkursowa unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
 - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
 - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu z zastrzeżeniem ust. 4;
 - 3) odrzucono wszystkie oferty;
 - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym postępowaniu;
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzone postępowanie lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego Zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
4. Jeżeli w toku konkursu wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
5. Z chwilą rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie
6. Odrzuceniu podlega oferta:
 - 1) złożona przez oferenta po terminie;
 - 2) zawierająca nieprawdziwe informacje;
 - 3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej ceny;
 - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
 - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
 - 6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną, wówczas obie oferty podlegają odrzuceniu;
 - 7) jeżeli oferta została złożona niezgodnie z warunkami określonymi niniejszych SWKO:
 - a) w zakresie braku podpisu osoby upoważnionej na formularzu ofertowym w wyznaczonym miejscu;
 - b) w przypadku złożenia oferty na innym niż określony przez Udzielającego Zamówienia formularzu;
 - c) w zakresie niespełniającym innych istotnych warunków określonych w Szczegółowych warunkach konkursu.



VIII. POSTĘPOWANIE ODWOŁAWCZE.

1. Oferentom przysługują następujące środki odwoławcze:
 - 1) protest;
 - 2) odwołanie.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na;
 - 1) wybór trybu postępowania;
 - 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy
 - 3) unieważnienie postępowania
3. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Komisja konkursowa rozpatruje protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zwieszeniu, chyba, że protest jest oczywiście bezzasadny. Protest wniesiony po terminie nie podlega rozpoznaniu.
5. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, oferent może wnieść do dyrektora SPZZLO w Pruszkowie odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
6. Dyrektor SPZZLO w Pruszkowie rozpatruje odwołanie w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Załączniki:

- 1) Załącznik nr 1 do SWKO – formularz ofertowo-cenowy;
- 2) Załącznik nr 2 do SWKO – oświadczenie dotyczące aparatury;
- 3) Załącznik nr 3 do SWKO –Wykaz osób wykonujących badania oraz oświadczenie dotyczące personelu;
- 4) Załącznik nr 4 do SWKO – oświadczenie dot. licencji;
- 5) Załącznik nr 5 do SWKO – klauzula informacyjna
- 6) Załącznik nr 6 do SWKO – wzór umowy;

(podpis) _____


DYREKTOR
SPZZOZ w Pruszkowie
Robert Krawczyk

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że posiadam licencję Komisji Polskiego Towarzystwa Patologów ds. Licencjonowania Zakładów/Pracowni Patomorfologii lub/i oświadczenie o systemie kontroli wewnątrzlaboratoryjnej jakości badań, posiadaniu aktualnych certyfikatów zewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości (skreślić niewłaściwe) na zaoferowane badania objęte systemami kontroli. Laboratorium Przyjmującego zamówienie, prowadzi kontrolę wewnątrzlaboratoryjną wykonywanych badań i na prośbę Udzielającego zamówienia zobowiązuje się do przedstawienia oryginałów lub kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania oferenta dokumentów potwierdzających powyższe kontrole.

data i podpis osoby upoważnionej.....

.....
Pieczęć Oferenta

FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu **badań histopatologicznych i cytologicznych oraz przeprowadzenia sekcji zwłok** dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie (SPZZOZ)

Dane Oferenta:

Nazwa oferenta:

Adres siedziby:

Numer telefonu, faks:

Numer telefonu do zapisu pacjentów:

Osoba kontaktowa w sprawie wykonywania badań:

e-mail:

Numer konta bankowego:

REGON: NIP:

Numer KRS/ numer wpisu do ewidencji

Numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu – w odniesieniu do osób, o których mowa w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.) o działalności leczniczej.

Oświadczenia Oferenta:

Oferent oświadcza, iż:

- 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie,
- 2) zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, zawierającymi w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom, a także z projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści,
- 3) zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty,
- 4) akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w mojej ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
- 5) Przyjmujący Zamówienie dostarczy w dniu podpisania umowy dokument, określający sposób pobierania materiału, jego przechowywania i transportu wraz z przedziałami wartości prawidłowych, w zależności od wieku dla badań objętych umową, zgodnie z załącznikiem nr 4 do umowy,
- 6) spełniam wszystkie warunki stawiane Oferentom,

- 7) wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 8) gwarantuje ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty,
- 9) uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert,
- 10) w przypadku wyboru niniejszej oferty podpiszę umowę zgodnie z projektem umowy w terminie nie krótszym niż 7 dni od ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego,
- 11) termin płatności wynosi 60 dni od dnia otrzymania przez Udzielającego zamówienie prawidłowo wystawionej faktury,
- 12) uwzględniłem w cenie jednostkowej netto wszystkie koszty niezbędne do realizacji świadczenia zdrowotnego.

Załączniki:

1. Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC oraz oświadczenie o przedłożeniu polisy.
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
3. Kopia zaświadczenia o numerze NIP,
4. Kopia zaświadczenia o numerze REGON,
5. Załącznik nr 1 – oferta cenowa,
6. Oświadczenie dotyczące aparatury zgodne z załącznikiem nr 2 do SWKO wraz z wykazem aparatury,
7. Oświadczenie dotyczące personelu zgodne z załącznikiem nr 3 do SWKO,
8. Oświadczenie o systemie kontroli zgodnie z załącznikiem nr 4 do SWKO,
9. Inne dokumenty (poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie certyfikatów kontroli zewnątrzlaboratoryjnych, certyfikatów ISO, akredytacji).
10. załącznik nr 1 (oferta cenowa) wraz z warunkami wykonywania badań.
11. Informacja o Oferencie
- 12.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć upoważnionego
przedstawiciela Oferenta

INFORMACJE O OFERENCIE

1. Dokładna nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą

2. numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

3. Numer wpisu laboratorium do KIDL _____
4. osoba upoważniona do występowania w imieniu oferenta _____

5. NIP _____
6. REGON _____
7. Adres do korespondencji _____
8. Kontaktowy numer telefonu _____
9. Nr fax _____
10. Adres e-mail _____

Data i podpis osoby upoważnionej.....



OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że świadczenia objęte ofertą, będą udzielane w pomieszczeniach, które odpowiadają określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym, są wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do używania oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

data i podpis osoby upoważnionej.....

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania świadczeń medycznych w zakresie określonym w załączniku nr 1 zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania z zachowaniem należytej staranności oraz poszanowaniu praw pacjentów do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi im w ramach niniejszej umowy świadczeniami zdrowotnymi. Oświadczam, że personel medyczny, który będzie świadczył usługi ma odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do realizacji przedmiotu zamówienia.

Wykaz personelu

Rodzaj personelu/grupa zawodowa	Liczba osób zatrudnionych przez Oferenta	Imię i Nazwisko

data i podpis osoby upoważnionej.....

07

KLAUZULA INFORMACYJNA

W oparciu o art. 13 ust.1 i ust. 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: RODO) informujemy, że Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, ul. Armii Krajowej 2/4 (dalej SPZZOZ). W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych (jako osoby, której dane osobowe są przetwarzane) należy kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych za pomocą adresu wskazanego wyżej. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@szpitalnawrzesinie.pl

Zakres stosowania:

Przetwarzanie danych osobowych w związku z przeprowadzeniem konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, na który złożyła Pani/Pan formularz ofertowy.

Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:

1. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie:
 - 1.1. zamiaru zawarcia umowy (art.6 ust. 1 lit. b RODO) poprzez złożenie formularza ofertowego przez Panią/Pana celem uczestnictwa w postępowaniu konkursowym, w tym również do kontaktu SPZZOZ z Panią/Panem w tej sprawie.
 - 1.2. Obowiązku wynikającego z przepisów prawa (art.6 ust. 1 lit.c RODO) tj. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.z 2021 poz.711 z póź. zm.) i pozostałe przepisy, na podstawie których potwierdzane jest spełnienie wymagań i warunków udziału w konkursie oraz potwierdzane są kwalifikacje,
 - 1.3. Prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit.f RODO), którym jest ewentualne dochodzenie i obrona roszczeń.
2. Przetwarzane dane:
 - 2.1. Zakres danych, które będą przetwarzane w celu przeprowadzenia konkursu obejmuje dane zawarte w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz w formularzu ofertowym.
3. Charakter przetwarzania danych osobowych:
 - 3.1. Dane osobowe będą przetwarzane w sposób manualny, przez upoważnione do tego osoby oraz w sposób zautomatyzowany z użyciem przeznaczonych do tego systemów informatycznych,
 - 3.2. Przetwarzanie danych osobowych za pomocą systemów informatycznych nie będzie wykorzystywane w celu automatycznego podejmowania decyzji w sprawach indywidualnych,
 - 3.3. Zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych nie będzie polegało na profilowaniu, tj. działaniu polegającym na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących efektów pracy, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania.

4. Okres przetwarzania danych osobowych:

4.1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat do daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne SPZZOZ związane z przeprowadzeniem konkursu, a następnie z udokumentowaniem wyboru ofert konkursowych,

4.2. Okres przetwarzania danych może być przedłużony w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami, a po tym okresie, jedynie w przypadku i zakresie, w jakim będą wymagać tego przepisy prawa,

4.3. Po upływie okresu przetwarzania, dane są usuwane lub zanonimizowane.

5. Odbiorcy danych osobowych:

5.1. Odbiorcy danych osobowych to: podmioty uprawnione do kontroli działalności SPZZOZ, w tym zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzonych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organy samorządu zawodowego, podmioty świadczące obsługę prawną SPZZOZ oraz operatorzy telekomunikacyjni świadczący usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych.

6. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej:

6.1. Dane osobowe Pani/Pana nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, to znaczy poza Europejski Obszar Gospodarczy (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Lichtenstein i Norwegia),

7. Prawa podmiotu danych osobowych:

7.1. Mają Państwo prawo do dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;

7.2. Prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;

7.3. Prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

7.4. Prawo do usunięcia danych osobowych;

7.5. prawo do przenoszenia danych osobowych w zakresie przetwarzania zautomatyzowanego na podstawie umowy;

7.6. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 warszawa)

(Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania konkursowego ani zmianą postanowień umowy)

8. Informacja o wymogu podania danych:

8.1. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do uczestnictwa Pani/Pana w postępowaniu konkursowym w związku z zamiarem zawarcia umowy. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestnictwa w postępowaniu konkursowym i podjęcia działań związanych z zawarciem umowy.

Wykaz badań histopatologicznych - Formularz ofertowo-cenowy

Lp.	Nazwa badania	Szacunkowa ilość badań na okres obowiązywania umowy (2 lata)	Czas oczekiwania na wynik badania	Cena jednostkowa brutto, zł	Wartość netto, zł	stawka Vat	Załącznik nr 1
							Wartość brutto, zł
1	Mały materiał operacyjny - wycinek z jednego narządu (do 3 bloczków)	2000					
2	Duży materiał operacyjny - wycinek z jednego narządu (4-10 bloczków) nieokologicznych	600					
3	Duży materiał operacyjny - wycinek z jednego narządu (powyżej 10 bloczków) nieokologiczny	70					
4	Duży materiał operacyjny - wycinek z jednego narządu (4-10 bloczków) onkologiczny	15					
5	Duży materiał operacyjny - wycinek z jednego narządu (powyżej 10 bloczków) onkologiczny	15					
6	Materiał po poronieniu do 3 bloczków	40					
7	Materiał po poronieniu powyżej 3 bloczków	40					
8	Cytologia ginekologiczna	2000					
9	Cytologia nieginekologiczna (ptwocina, mocz, płyn z jamy brzusznej, płyn z jamy opłucnej itp..)	80					
10	Materiał z pracowni endoskopowej z jednej lokalizacji anatomiczne - kolonoskopia	400					
11	Materiał z pracowni endoskopowej z dwóch lokalizacji anatomiczne - gastroskopia	50					
12	Materiał z pracowni endoskopowej z jednej lokalizacji anatomiczne - kolonoskopia	400					
13	Materiał z pracowni endoskopowej z dwóch lokalizacji anatomiczne - kolonoskopia	100					
14	Materiał z pracowni endoskopowej z jednej lokalizacji anatomiczne - bronchoskopia	20					
15	Materiał z pracowni endoskopowej z dwóch lokalizacji anatomiczne - bronchoskopia	20					
16	Biopsja cienkoigłowa (maksymum 2 szkiełka na jedno badanie) z wykonaniem biopsji	40					
17	Biopsja gruboigłowa (nie więcej niż 4 biopłaty na jedno badanie) bez wykonania biopsji	20					
18	Badanie immunohistochemiczne	20					
19	Badanie histochemiczne	1500					
20	Badanie śródoperacyjne	500					
21	Sekcja zwłok	10					
22	Sekcja zwłok noworodka	26					
23	Sekcja zwłok noworodka	5					
24	Materiał wyskrobinowy z macicy z jednej lokalizacji	200					
25	Materiał wyskrobinowy z macicy z dwóch i więcej lokalizacji, w tym szyjki macicy	1900					
26	Zmiany skórne jedna i dwie lokalizacje anatomiczne	60					
27	Zmiany skórne trzy i więcej lokalizacji anatomicznych	80					
Wartość zamówienia ogółem							

