

**Szpital Specjalistyczny  
w Zabrze Sp. z o.o.  
ul. M. Curie-Skłodowskiej 10  
41-800 Zabrze  
tel.: (32) 373-23-13, 373-23-36, 373-23-31  
fax: (32) 373-23-96  
e-mail: [klinika@klinika-zabrze.med.pl](mailto:klinika@klinika-zabrze.med.pl)**

**MATERIAŁY DOTYCZĄCE KONKURSU OFERT  
NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE BADAŃ  
HISTOPATOLOGICZNYCH, AUTOIMMUNOLOGICZNYCH ORAZ  
DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ**

Zabrze, dnia 30.10.2020 r.

## **INFORMACJE OGÓLNE**

1. Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2020 poz.295 z późn. zm.)
2. Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio przepisy art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147 art. 148 ust.1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2019 poz. 1373 z późn.zm.) .

## **I CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych, immunologicznych oraz diagnostyki obrazowej na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego w Zabrze sp. z o.o zakresie :

Pakiet nr 1: badania histopatologiczne (INTRA), badania histopatologiczne i cytologiczne, badania parafinowe, dodatkowe barwienie, biopsje, badania immunohistochemiczne

Pakiet nr 2: rezonans magnetyczny (tryb planowy )

Pakiet nr 3: badania autoimmunologiczne

Pakiet nr 4: tomografia komputerowa – angiografia tt. wieńcowych ( tryb planowy)

Pakiet nr 5: badania scyntygrafii

Pakiet nr 6: badania scyntygrafii perfuzyjnej płuc

Pakiet nr 7: badania mammograficzne

2. Ceny podawane przez Oferenta winny być cenami brutto, które zawierają już wszystkie elementy cenotwórcze.
3. Proponowana cena za badanie jest obowiązująca przez cały okres obowiązywania umowy, a planowana liczba badań wskazana w formularzu ofertowym (Załączniku nr 1) dla każdego badania jest szacunkowa i nie stanowi podstawy jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta.
4. Badania zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.
5. Udzielający zamówienia zapewnia transport pacjentów hospitalizowanych i materiałów do badań histopatologicznych INTRA ze swojej siedziby do siedziby (miejsca udzielania świadczeń) Oferenta
  - do 5 km od siedziby Udzielającego zamówienie ( dotyczy pakietu nr 4)
  - do 15 km od siedziby Udzielającego zamówienie ( dotyczy pakietu nr 1, 2,5,6 )
  - nie dotyczy Pakietu nr 3,7

W pozostałym zakresie koszty transportu pokrywa Oferent.

## **II TERMIN WYKONANIA UMOWY**

Termin wykonania umowy:

od dnia 01.01.2021r. do 31.12.2022r.

## **III OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferent przedstawia tylko jedną ofertę w zakresie każdego z oferowanych Pakietów. Oferta składa się z Formularza Ofertowego oraz wymaganych dokumentów i oświadczeń.
2. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH (Załączniki nr 1, 2, 3). Załącznik nr 3 formularz cenowy Oferent składa na te Pakiety do której oferty przystępuje.
3. Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość składania ofert częściowych. Za ofertę częściową uważa się przedstawienie oferty w zakresie jednego lub kilku pakietów wymienionych w Załączniku nr 3 Materiałów. Oferta w zakresie wybranego (oferowanego) pakietu musi być kompletna, tzn. obejmować wszystkie pozycje wyszczególnione w formularzu cenowym - Załączniku nr 3.
4. Oferta musi być sporządzona w języku polskim oraz podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania Oferenta.
5. Każda strona powinna być opatrzona podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez Oferenta.
6. Ewentualne poprawki w ofercie muszą być sygnowane podpisami Oferenta.
7. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

## **IV WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM**

#### A. Udzielający zamówienia wymaga, aby:

1. Przyjmujący zamówienie zapewnił ciągłość świadczonych usług od momentu rozpoczęcia obowiązywania umowy.
2. Pomieszczenia i urządzenia, w których będą realizowane badania spełniały wymagania pod względem fachowym i sanitarnym określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595 z późn. zm.).
3. Przyjmujący Zamówienie będzie świadczył zamawiane usługi na wysokim poziomie zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej i analitycznej, normami i zaleceniami Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych i Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, normami umożliwiającymi pracę zgodnie z systemem GLP ( Dobrą Praktyką Laboratoryjną ), sztuką i etyką zawodu Diagnosty Laboratoryjnego, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy – dotyczy pakietu nr 3
4. Istniała możliwość wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych minimum 5 dni w tygodniu, minimum 4 godziny dziennie - dotyczy pakietu nr 2, 4,5,6,7
5. Badania/konsultacje/świadczenia wykonywane będą nie później niż w okresie 3 dni od momentu telefonicznego zgłoszenia pacjenta do badania (dotyczy pacjentów hospitalizowanych) lub 14 dni od momentu zgłoszenia się pacjenta ze zleceniem wystawionym i podpisanym przez lekarzy Udzielającego zamówienie (dotyczy pacjentów kierowanych w ramach tzw. pakietu onkologicznego, posiadających kartę diagnostyki leczenia onkologicznego). - dotyczy pakietu nr 2,5
6. Przedmiotowe świadczenia zdrowotne wykonywane były na Tomografie Komputerowym - aparat 64 rzędowy - dotyczy pakietu nr 4
7. Przedmiotowe świadczenia zdrowotne udzielane były przez minimum 2 lekarzy specjalistów. ( dotyczy pakietu nr 1,2,4,5,6,7) 2 osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje – tytuł diagnosty laboratoryjnego ( dotyczy pakietu nr 3 ).
8. Przedmiotowe świadczenia zdrowotne wykonywane były na warunkach określonych w Załączniku nr 2 - dział VII „ Świadczenia medycyny nuklearnej” do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.11.2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ( Dz.U. 2016 , poz 357 z późn. zm. ) –dotyczy pakietu nr 5
9. Oferent zobowiązany jest do zapewnienia transportu materiałów do badań ( odbioru materiałów do badań minimum 2 razy w tygodniu z siedziby Udzielającego zamówienia do siedziby Przyjmującego zamówienie ) na własny koszt ( poza badaniami histopatologicznymi INTRA) - dotyczy pakietu nr 1
10. Oferent zobowiązany jest do zapewnienia odbioru materiałów do badań przez kuriera z siedziby Udzielającego Zamówienie do miejsca udzielania świadczeń na swój koszt. Odbiór materiałów do badań nastąpi do 5 godzin od momentu telefonicznego zgłoszenia takiej potrzeby przez pracownika Udzielającego zamówienia – dotyczy pakietu nr 3.
11. Odległość od siedziby Udzielającego zamówienie:
  - Przedmiotowe świadczenia zdrowotne były wykonywane w odległości do 15 km od siedziby Udzielającego zamówienie. Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość złożenia oferty przez Oferenta, którego miejsce udzielania świadczeń znajduje się w odległości powyżej 15 km, jednakże Zamawiający na podstawie refaktury obciąży Oferenta kosztami transportu pacjenta z siedziby Oferenta (miejsca udzielania świadczeń) i z powrotem na dystansie przekraczającym 15 km zgodnie ze stawkami ujętymi w umowie zawartej na usługi transportu sanitarnego pomiędzy podmiotem zewnętrznym, a Szpitalem. – dotyczy pakietu 1, 2,5,6
  - Przedmiotowe świadczenia zdrowotne były wykonywane w odległości do 5 km od siedziby Udzielającego zamówienie. Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość złożenia oferty przez Oferenta, którego miejsce udzielania świadczeń znajduje się w odległości powyżej 5 km, jednakże Zamawiający na podstawie refaktury obciąży Oferenta kosztami transportu pacjenta z siedziby Oferenta (miejsca udzielania świadczeń) i z powrotem na dystansie przekraczającym 15 km zgodnie ze stawkami ujętymi w umowie zawartej na usługi transportu sanitarnego pomiędzy podmiotem zewnętrznym, a Szpitalem – dotyczy pakietu 4Odległość od siedziby Udzielającego zamówienie do siedziby Oferenta (miejsca udzielania świadczeń) obliczana będzie na stronie internetowej [www.maps.google.pl](http://www.maps.google.pl) (odległość dla samochodu). Do obliczenia odległości trasy przyjmuje się najkrótszą z pokazanych odległości.
12. Wyniki Badań :
  - wyniki badań były wydawane pacjentowi po przeprowadzeniu badania na nośniku obrazu (płyta CD), a opis badania przekazywany drogą elektroniczną Udzielającemu zamówienia do 3 dni roboczych po przeprowadzeniu badania – dotyczy pakietu nr 2 i 4,
  - wyniki badań w formie wydruku/opisu wydawany będzie osobie upoważnionej ze strony Udzielającego Zamówienie do 5 dni roboczych po przeprowadzeniu badania – dotyczy pakietu nr 5,6,
  - wynik badania wraz z opisem wydawany będzie pacjentowi w siedzibie Przyjmującego Zamówienie do 7 dni roboczych po przeprowadzeniu badania – dotyczy pakietu nr 7
  - wyniki badań dostarczane będą drogą elektroniczną w formie zaszyfrowanych plików na adresy mailowe sekretariatów Oddziałów z których materiał był zlecony do badania lub do siedziby Udzielającego zamówienie nie później niż 14 dni licząc od dnia otrzymania przez Oferenta materiału do badania. W przypadku badań pilnych tj. INTRA wyniki muszą być przekazywane telefonicznie personelowi medycznemu oddziału kierującego, zgodnie

ze zleceniem wraz z przesłaniem wyników badań faksem do 30 minut od otrzymania materiału do badania - dotyczy pakietu nr 1.

- wyniki badań w formie papierowej dostarczane będą do siedziby Udzielającego zamówienie nie później niż 21 licząc od dnia otrzymania przez Oferenta materiału do badania – dotyczy pakietu nr 3

#### **B. Zawartość Oferty:**

1. Formularz ofertowy – Załącznik nr 1.
2. Oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia – Załącznik nr 2.
3. Formularz cenowy – Załącznik nr 3.
4. Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (lub potwierdzenie prawa wykonywania zawodu – w odniesieniu do osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych – zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert – oryginały lub kserokopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem”).
5. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – oryginały lub kserokopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem” bądź wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości <https://ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu> lub aktualna informacja z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – wydruk z strony internetowej <https://prod.ceidg.gov.pl>. Przedstawiane dokumenty muszą zostać wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
6. Umowa spółki cywilnej, jeżeli działalność prowadzona jest w formie spółki cywilnej.
7. Aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych usług lub aktualne potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności.
8. Jeżeli umocowanie osoby podpisującej ofertę wraz z załącznikami nie wynika z w/w dokumentów, stosowne pełnomocnictwo dla tej osoby. Pełnomocnictwo należy złożyć w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentacji Oferenta zgodnie z dokumentami, o których mowa w pkt. 5.

**Kopie dołączonych dokumentów winne być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta.**

#### **V MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT**

Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem “KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE – W ZAKRESIE BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH, AUTOIMMUNOLOGICZNYCH ORAZ DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ ” należy złożyć **do dnia 26.11.2020 r. do godz. 12.00** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

W przypadku ofert przesłanych pocztą za datę oraz godzinę złożenia uważa się datę oraz godzinę wpływu oferty do siedziby Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

Otwarcie ofert odbędzie się **dnia 26.11.2020r. o godz. 12.15** w siedzibie Udzielającego zamówienia – pokój nr 11 Dział Ekonomiczno – Organizacyjny.

#### **VI TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

#### **VII OCENA OFERT**

**Wybór oferty zostanie dokonany na podstawie następujących kryteriów:**

##### **1. Cena - 98%**

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie ceny podanej przez Wykonawcę w formularzu cenowym stanowiącym Załącznik nr 3 do Materiałów dotyczących konkursu ofert na świadczenie zdrowotne – W ZAKRESIE BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH, AUTOIMMUNOLOGICZNYCH ORAZ DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ.

**Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:**

$$P = \frac{\text{cena najniższa spośród ofert}}{\text{cena badanej oferty}} \times 98\%$$

##### **2. Termin płatności - 2%**

Kryterium terminu płatności będzie rozpatrywane na podstawie zaproponowanego terminu płatności podanego przez Wykonawcę w formularzu ofertowym stanowiącym Załącznik nr 1 do Materiałów dotyczących konkursu ofert

na świadczenie zdrowotne – W ZAKRESIE BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH, AUTOIMMUNOLOGICZNYCH ORAZ DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ.

Wymagany minimalny termin płatności to **30 dni**, a maksymalny możliwy do zaoferowania termin płatności to **60 dni** od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

Minimalny termin płatności otrzymuje 0 pkt. Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania to 5 pkt. co oznacza że:

- 30 - 34 dni – 0 pkt
- 35 - 40 dni – 1 pkt
- 41 - 45 dni – 2 pkt
- 46 - 50 dni – 3 pkt
- 51 - 55 dni – 4 pkt
- 56 - 60 dni – 5 pkt

W przypadku gdy, Wykonawca zaoferuje termin płatności dłuższy niż termin maksymalny tj. 60 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT, Zamawiający do obliczenia punktów będzie brał pod uwagę termin maksymalny tj. 60 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT. W związku z powyższym Wykonawca, który zaproponuje termin płatności 60 dni lub dłuższy otrzyma maksymalną liczbę punktów przyznaną w kryterium „Termin płatności” Ponadto Zamawiający do umowy uwzględni najdłuższy możliwy do zaoferowania termin płatności tj. 60 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

W przypadku, gdy Wykonawca zaoferuje termin płatności krótszy niż 30 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT, jego oferta zostanie odrzucona jako niezgodna z treścią Materiałów dotyczących konkursu ofert na świadczenie zdrowotne – tomografia komputerowa (tryb planowy).

**Punktacja za termin płatności będzie obliczona na podstawie wzoru:**

$$G = \frac{\text{Ilość punktów uzyskana przez oferenta}}{\text{Max. 5 pkt}} \times 2\%$$

**Oferta spełniająca wszystkie wymogi otrzyma max ilość punktów. Pozostałe oferty otrzymają proporcjonalnie mniejszą ilość punktów.**

### **3. Wynik**

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa oferty, zaokrąglony do 4 miejsc po przecinku.

Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryteria) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja zamówienia zostanie powierzona Wykonawcy, który uzyska najwyższą ilość punktów.

**Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV „Materiałów....” powoduje odrzucenie oferty.**

**Jeżeli oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.**

## **VIII ROZSTRZYGNIECIE KONKURSU OFERT**

Informacje dotyczące rozstrzygnięcia konkursu ofert Udzielający zamówienia zamieści na stronie internetowej [www.klinika-zabrze.med.pl](http://www.klinika-zabrze.med.pl) w zakładce „Ogłoszenia” oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienie.

**O wyniku konkursu ofert Oferenci zostaną powiadomieni pisemnie.**

## **IX WYJAŚNIENIA MATERIAŁÓW KONKURSOWYCH**

1. Pytania dotyczące Konkursu Ofert należy kierować w formie pisemnej na nr fax: (32) 373-23-96 lub e-mail: [klinika@klinika-zabrze.med.pl](mailto:klinika@klinika-zabrze.med.pl) do dnia 19.11.2020 r.
2. Udzielający zamówienia udzieli niezwłocznie odpowiedzi wszystkim Oferentom, nie później niż do dnia 24.11.2020 r. do godz. 14.00, pod warunkiem, że pytanie wpłynie do Udzielającego zamówienia nie później niż do końca dnia 19.11.2020 r.
3. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami (bez ujawniania źródła zapytania) Udzielający zamówienia zamieści na stronie internetowej [www.klinika-zabrze.med.pl](http://www.klinika-zabrze.med.pl) w zakładce „Ogłoszenia” oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienia.

## **X ŚRODKI OCHRONY PRAWNEJ**

1. W toku postępowania konkursowego, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Informacja o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu zostanie niezwłocznie zamieszczona na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienie oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienie.
5. Oferent może złożyć do Udzielającego zamówienia w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
6. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

## **XI OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Po rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia podpisze z Oferentem umowę w terminie nie krótszym niż 7 dni, ale nie później niż przed upływem 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert zgodnie z załączonymi projektami umów stanowiącymi Załącznik nr 4 a,b,c,d (wraz z załącznikami nr 1, 2, 3 do umowy) Materiałów dotyczących Konkursu Ofert na świadczenie zdrowotne.

**Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Nazwa Oferenta: .....
- .....
2. Adres: .....
- .....
3. Numer telefonu .....
- .....
4. Numer fax .....
- .....
5. E-mail .....
- .....
6. NIP .....
- .....
7. REGON .....
- .....
8. Numer rachunku bankowego .....
- .....
9. Numer wpisu do Rejestru  
Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) .....
- .....
10. Organ dokonujący wpisu .....
- .....

**Pakiet nr 1:****Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:****wartość brutto ..... zł****(słownie .....)****Oferuję termin płatności ..... dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.****Pakiet nr 2:****Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:****wartość brutto ..... zł****(słownie .....)****Oferuję termin płatności ..... dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.****Pakiet nr 3:****Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:****wartość brutto ..... zł****(słownie .....)****Oferuję termin płatności ..... dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.****Pakiet nr 4:****Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:****wartość brutto ..... zł****(słownie .....)****Oferuję termin płatności ..... dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.****Pakiet nr 5:****Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:****wartość brutto ..... zł****(słownie .....)****Oferuję termin płatności ..... dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.**

**Pakiet nr 6:**

**Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:**

**wartość brutto ..... zł**

**(słownie .....)**

**Oferuję termin płatności ..... dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.**

**Pakiet nr 7:**

**Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:**

**wartość brutto ..... zł**

**(słownie .....)**

**Oferuję termin płatności ..... dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.**

.....

*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*



....., dn. ....

.....  
(Nazwa Oferenta)

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o Konkursie Ofert oraz Materiałami Konkursowymi i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz spełniam wymagania określone w pkt IVA pkt 1-12 Materiałów Konkursowych, odnośnie Pakietu/Pakietów nr .....na który/które składam ofertę.
2. Oświadczam, że akceptuję przedstawione w Materiałach projekty umów.
3. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
4. Oświadczam, że gwarantuję stałość cen jednostkowych przez cały okres realizacji umowy.
5. Oświadczam, że ceny jednostkowe brutto wskazane w Formularzu Cenowym obejmują wszystkie koszty związane z należyтым wykonaniem przedmiotu zamówienia i nie będzie mi przysługiwało żadne dodatkowe lub uzupełniające wynagrodzenie z tytułu realizacji umowy.
6. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej gwarantującej wykonanie przedmiotu zamówienia.
7. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych usług oraz zobowiązuję się do kontynuacji ww. ubezpieczenia na okres trwania umowy.
8. Oświadczam, że za wyjątkiem dokumentów zawartych w ofercie na stronach nr ....., oferta oraz wszelkie oświadczenia są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>2</sup>.

.....  
*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

<sup>1</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

<sup>2</sup> W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**FORMULARZ CENOWY****Pakiet nr 1**

**BADANIA HISTOPATOLOGICZNE (INTRA), BADANIA  
PARAFINOWE, BADANIA HISTOPATOLOGICZNE I CYTOLOGICZNE,  
IMMUNOHISTOCHEMIA, DODATKOWE BARWIENIE, BIOPSJE**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania/konsultacji</b>	<b>Planowana liczba badań/konsultacji</b>	<b>Cena jednostkowa brutto 1 badania/konsultacji</b>	<b>Wartość brutto ogółem wszystkich badań/konsultacji</b>
1.	Badanie histopatologiczne (INTRA)	180		
2.	Badanie parafinowe	500		
3.	Badania histopatologiczne	17100		
4.	Badania immunohistochemiczne	530		
5.	Dodatkowe barwienie	30		
6.	Badanie cytologiczne	30		
7.	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa z diagnostyką mikroskopową bez użycia techniki obrazowej z badaniem cytologicznym	25		
8.	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa pod kontrolą USG (BAC) z badaniem cytologicznym	520		
9.	Badanie histopatologiczne tkanek twardych (kwas)	100		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

**Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:**  
**(kwota brutto słownie .....)**

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

<b>Dni udzielania świadczeń zdrowotnych</b>	<b>Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych</b>
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi: .....

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta: .....  
.....  
(adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi: ....

Nr telefonu kontaktowego: .....

.....  
*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY****Pakiet nr 2****REZONANS MAGNETYCZNY**

(tryb planowy)

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania/konsultacji</b>	<b>Planowana liczba badań/konsultacji</b>	<b>Cena jednostkowa brutto 1 badania/konsultacji</b>	<b>Wartość brutto ogółem wszystkich badań/konsultacji</b>
1.	Angiografia MR bez środka kontrastowego	2		
2.	Angiografia MR ze środkiem kontrastowym	2		
3.	MR badanie głowy bez środka kontrastowego	2		
4.	MR badanie głowy ze środkiem kontrastowym	18		
5.	MR badanie innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego	2		
6.	MR badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze środkiem kontrastowym	18		
7.	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa	2		
8.	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa	4		
9.	MR badanie serca bez środka kontrastowego	2		
10.	MR badanie serca ze środkiem kontrastowym	62		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

**Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:****(kwota brutto słownie .....)**

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

<b>Dni udzielania świadczeń zdrowotnych</b>	<b>Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych</b>
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi: .....

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta: .....  
.....  
(adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi: ....

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu badania/konsultacji: .....

.....  
*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY**  
**Pakiet nr 3**  
**BADANIA AUTOIMMUNOLOGICZNE**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Planowana liczba badań</b>	<b>Cena jednostkowa brutto 1 badania</b>	<b>Wartość brutto ogółem wszystkich badań</b>
1.	Badanie w kierunku Dermatitis herpetiformis (DH) (IIF)	6		
2.	Badanie tkankowe (DIF), kolagenozy (LBT) i autoimmunologiczne choroby skóry (IIF)	150		
3.	P/c p. pemphigus (desmogleina 1 i desmogleina 3) i pemphigoid met. IIF	10		
4.	Panel w kierunku myositis (Mi-2, Ku, PM, Scl, Jo-1, pl-7, pl-12, Pl-12)	2		
5.	P/c p. mięśniom poprzecznie prążkowym met. IIF	4		
6.	P/c p. retikulinie w kl. IgA i IgG (łącznie)	4		
7.	P/c p. endomysium i gliadynie w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF	8		
8.	PPJ test kompleksowy ANA2 met. IIF	2		
9.	DID PPJ test przesiewowy ANA1 met IIF	2		
10.	PPJ (ANA3) met. immunoblot	2		
<b>Wartość badań ogółem</b>				

**Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:**  
**(kwota brutto słownie .....)**

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

<b>Dni udzielania świadczeń zdrowotnych</b>	<b>Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych</b>
---	---

Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi: .....

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta: .....  
 .....  
 (adres miejsca udzielania świadczeń)

Nr telefonu kontaktowego: .....

.....  
*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY****Pakiet nr 4****TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA – ANGIOGRAFIA TT. WIĘNCOWYCH**  
(tryb planowy)

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania/konsultacji</b>	<b>Planowana liczba badań/konsultacji</b>	<b>Cena jednostkowa brutto 1 badania/konsultacji</b>	<b>Wartość brutto ogółem wszystkich badań/konsultacji</b>
1.	TK: angiografia tt. wieńcowych	6		
<b>Wartość badań ogółem</b>				

**Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:**  
(kwota brutto słownie .....)

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

<b>Dni udzielania świadczeń zdrowotnych</b>	<b>Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych</b>
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi: .....

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta: .....  
.....  
(adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi: ....

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu badania/konsultacji: .....

.....  
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta



**FORMULARZ CENOWY**  
**Pakiet nr 5**  
**BADANIA SCYNTYGRAFII**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania/konsultacji</b>	<b>Planowana liczba badań/konsultacji</b>	<b>Cena jednostkowa brutto 1 badania/konsultacji</b>	<b>Wartość brutto ogółem wszystkich badań/konsultacji</b>
1.	Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy z zastosowaniem <sup>131</sup> I	6		
2.	Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy z zastosowaniem <sup>99m</sup> Tc	6		
3.	Scyntygraficzne badanie przepływu chłonki	6		
4.	Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego	6		
5.	Scyntygrafia układu limfatycznego	6		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

**Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:**  
**(kwota brutto słownie .....)**

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

<b>Dni udzielania świadczeń zdrowotnych</b>	<b>Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych</b>
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi: .....

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta: .....  
 .....  
 (adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi: ....

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu badania/konsultacji: .....

.....  
*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY****Pakiet nr 6****BADANIA SCYNTYGRAFII PERFUZYJNEJ PŁUC**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania/konsultacji</b>	<b>Planowana liczba badań/konsultacji</b>	<b>Cena jednostkowa brutto 1 badania/konsultacji</b>	<b>Wartość brutto ogółem wszystkich badań/konsultacji</b>
1.	Scyntygrafia perfuzyjna płuc	4		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

**Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:****(kwota brutto słownie .....)**

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

<b>Dni udzielania świadczeń zdrowotnych</b>	<b>Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych</b>
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi: .....

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta: .....

.....

(adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi: ....

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu badania/konsultacji: .....

.....

*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY**  
**Pakiet nr 7**  
**BADANIA MAMMOGRAFICZNE**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Planowana liczba badań</b>	<b>Cena jednostkowa brutto 1 badania</b>	<b>Wartość brutto ogółem wszystkich badań</b>
1.	Mammografia dwóch sutków	40		
<b>Wartość badań ogółem</b>				

**Wartość brutto badań ogółem wynosi:**  
**(kwota brutto słownie .....)**

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

<b>Dni udzielania świadczeń zdrowotnych</b>	<b>Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych</b>
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi: .....

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

.....  
 .....

(adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi: ....

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu : .....

.....  
*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*