

DEO/ 446 /1763/2020

**Szpital Specjalistyczny w Zabrzu Sp. z o.o.**  
**ul. M. Skłodowskiej-Curie 10**  
**41-800 Zabrze**

**ZAPROSZENIE**  
**DO ZŁOŻENIA OFERTY NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**  
**(KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE)**

**TRYB: Postępowanie prowadzone jest na podstawie § 2 ust. 1 Regulaminu udzielania zamówień publicznych o wartości poniżej 30 000 euro w zw. z art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2020 poz. 295 z późn.zm) – wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych kwoty 30 000 euro**

**Przedmiot zamówienia:**

Świadczenia zdrowotne – konsultacje specjalistyczne

**Pakiet nr 1 :** Konsultacje specjalistyczne – neurologiczne ( całodobowo )

**Pakiet nr 2 :** Konsultacje specjalistyczne – nefrologiczne ( całodobowo )

**Pakiet nr 3 :** Konsultacje specjalistyczne – urologiczne

**Pakiet nr 4 :** Konsultacje specjalistyczne – onkologiczne

**Pakiet nr 5 :** Konsultacje specjalistyczne – hematologiczne

**Pakiet nr 6 :** Konsultacje specjalistyczne – psychiatryczne

**Pakiet nr 7 :** Konsultacje specjalistyczne – ortopedyczne

**Pakiet nr 8 :** Konsultacje specjalistyczne – okulistyczne

**Pakiet nr 9 :** Konsultacje specjalistyczne – reumatologiczne

**Pakiet nr 10:** Konsultacje specjalistyczne – pulmonologiczne oraz badania próby tuberkulinowe, pletyzmografii, Testy Haina, BACTEC MGIT, bronchoskopii, quantiferon, punkcja opłucnej, cytologia, cytologia, spirometria

**Termin wykonania zamówienia:**

od dnia 01.01.2021 do 31.12.2022 r.

**Warunki udziału w postępowaniu:**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają następujące warunki:

1. Posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
2. Posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponują potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia:
  - w zakresie wykonywania badań/konsultacji 7 dni w tygodniu całodobowo, również w dni ustawowo wolne od pracy – dotyczy Pakietu nr 1 i 2
  - w zakresie wykonywania badań/konsultacji minimum 5 razy w tygodniu, po minimum 4 godziny – dotyczy Pakietów nr 3-10.
3. Znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej wykonanie zamówienia.

**Dokumenty wymagane:**

1. Formularz ofertowy z wykorzystaniem wzoru - Załącznik nr 1;
2. Formularz cenowy z wykorzystaniem wzoru - Załącznik nr 2;
3. Oświadczenie Wykonawcy o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu - Załącznik nr 3;
4. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej lub aktualny odpis z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do ewidencji lub rejestru, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu

składania ofert – oryginały lub kserokopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem” bądź wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości <https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu> dotyczy KRS).

5. Kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Wykonawcę umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Wykonawcy za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy – potwierdzone „za zgodność z oryginałem” .

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

**a) Cena - 98%**

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie ceny podanej przez Wykonawcę w formularzu cenowym stanowiącym Załącznik nr 2 do Zaproszenia do złożenia oferty na świadczenia zdrowotne.

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

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

**b) Termin płatności - 2%**

Kryterium terminu płatności będzie rozpatrywane na podstawie zaproponowanego terminu płatności podanego przez Wykonawcę w formularzu ofertowym stanowiącym Załącznik nr 1 do Zaproszenia do złożenia oferty na świadczenia zdrowotne.

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 przyznawaną 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 Zaproszenia.

**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.**

**c) Wynik**

$$W = P + G$$

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

**Miejsce oraz termin składania ofert:**

Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o.o.  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 10  
41-800 Zabrze  
Sekretariat Dyrekcji /budynek administracji/  
**do dnia 09.12.2020 r. do godz. 12.00**

Oferty złożone po terminie będą zwrócone Wykonawcom bez otwierania.

Na podstawie art. 70<sup>1</sup> § 3 Kodeksu Cywilnego Zamawiający może zmienić warunki postępowania ofertowego oraz odwołać postępowanie w całości bez podania przyczyny.

**Warunki umowy:**

1. Zamawiający podpisze umowę z Wykonawcą, który przedłoży najkorzystniejszą ofertę cenową i spełni wszystkie warunki stawiane przez Zamawiającego.
2. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych.  
Za ofertę częściową uważa się przedstawienie oferty w zakresie jednego lub kilku pakietów wymienionych w załączniku nr 2 do zaproszenia.
3. O miejscu i terminie podpisania umowy Zamawiający powiadomi odrębnym pismem.
4. Umowa zawarta zostanie z uwzględnieniem postanowień wynikających z danych zawartych w ofercie.

Zabrze, dn. 25.11.2020 r.

W załączeniu:

Załącznik nr 1: formularz ofertowy ;

Załącznik nr 2: formularz cenowy ;

Załącznik nr 3: oświadczenie Wykonawcy o spełnianiu warunków ;

Załącznik nr 4: projekt umowy.

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa .....

Siedziba .....

Nr telefonu/faks .....

E-mail .....

NIP .....

REGON .....

Nr wpisu do właściwego rejestru/ewidencji .....

Organ dokonujący wpisu .....

### Dane dotyczące Zamawiającego:

Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o.o.

ul. M. Skłodowskiej-Curie 10

41-800 Zabrze

Nr telefonu: (032) 373-23-13 Faks: (032) 373-23-96

NIP 648-277-50-49

REGON 272735162

KRS 0000568080

### Zobowiązania Wykonawcy:

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia:

świadczenia zdrowotne - konsultacje specjalistyczne

na następujących warunkach:

#### 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.**

**Pakiet nr 8**

**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 9**

**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 10**

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

**wartość brutto ..... zł**

**(słownie .....)**

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

Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

**Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY WYKONAWCY****Pakiet nr 1****KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE – NEUROLOGICZNE (CAŁODOBOWO)**

<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.	Konsultacja neurologiczna	20		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

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

Dni i godziny udzielania świadczeń medycznych:

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

Świadczenia medyczne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

.....  
 .....

(adres miejsca udzielania świadczeń)

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

.....  
 Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Pakiet nr 2**

**KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE – NEFROLOGICZNA (CAŁODOBOWO)**

<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.	Konsultacja nefrologiczna	4		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

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

Dni i godziny udzielania świadczeń medycznych:

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

Świadczenia medyczne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

.....  
.....  
(adres miejsca udzielania świadczeń)

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

.....  
Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy



**Pakiet nr 3**

**KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE - UROLOGICZNE**

<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.	Konsultacja urologiczna	8		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

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

Dni i godziny udzielania świadczeń medycznych:

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

Świadczenia medyczne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

.....  
.....  
(adres miejsca udzielania świadczeń)

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

.....  
Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Pakiet nr 4**

**KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE - ONKOLOGICZNE**

<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.	Konsultacja onkologiczna	4		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

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

Dni i godziny udzielania świadczeń medycznych:

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

Świadczenia medyczne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

.....  
.....  
(adres miejsca udzielania świadczeń)

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

.....  
Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Pakiet nr 5**  
**KONSULTACJE HEMATOLOGICZNE**

<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.	Konsultacja hematologiczna	4		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

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

Dni i godziny udzielania świadczeń medycznych:

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

Świadczenia medyczne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

.....  
.....

(adres miejsca udzielania świadczeń)

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

.....  
Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Pakiet nr 6**  
**KONSULTACJE PSYCHIATRYCZNE**

<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.	Konsultacje psychiatryczna	6		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

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

Dni i godziny udzielania świadczeń medycznych:

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

Świadczenia medyczne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

.....  
.....  
(adres miejsca udzielania świadczeń)

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

.....  
Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Pakiet nr 7**

**KONSULTACJE ORTOPEDYCZNE**

<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.	Konsultacje ortopedyczna	6		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

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

Dni i godziny udzielania świadczeń medycznych:

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

Świadczenia medyczne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

.....  
.....  
(adres miejsca udzielania świadczeń)

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

.....  
Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Pakiet nr 8**  
**KONSULTACJE OKULISTYCZNE**

<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.	Konsultacje okulistyczne	4		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

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

Dni i godziny udzielania świadczeń medycznych:

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

Świadczenia medyczne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

.....  
.....  
(adres miejsca udzielania świadczeń)

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

.....  
Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Pakiet nr 9**  
**KONSULTACJE REUMATOLOGICZNE**

<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.	Konsultacje reumatologiczne	4		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

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

Dni i godziny udzielania świadczeń medycznych:

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

Świadczenia medyczne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

.....  
 .....

(adres miejsca udzielania świadczeń)

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

.....  
 Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Pakiet nr 10**

**KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE – PULMONOLOGICZNE ORAZ BADANIA PRÓBY  
TUBERKULINOWE, PLETYZMOGRAFII, Testów HAINA, BACTEC MGIT, BRONCHOSKOPII,  
QUANTIFERON, PUNKCJA OPŁUCNEJ, CYTOLOGIA**

<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.	Konsultacja pulmonologiczna wykonana przez lekarza z tytułem profesora	8		
2.	Konsultacja pulmonologiczna wykonana przez lekarza z tytułem dr hab.	4		
3.	Konsultacja pulmonologiczna wykonana przez lekarza z II stopniem specjalizacji	16		
4.	Próba tuberkulinowa	4		
5.	Pletyzmografia	4		
6.	Testy HAINA	4		
7.	BACTEC MGIT	4		
8.	Bronchoskopia	4		
9.	Quantiferon	8		
10.	Punkcja opłucnej	4		
11.	Cytologia	12		
12.	Gazometria	6		
13	Spirometria	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 uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

....., dn. ....2020 r.

## OŚWIADCZENIE

- 1) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Zaprośzenia do złożenia oferty i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, że akceptuję, stanowiący załącznik nr 4 do Zaprośzenia do złożenia oferty projekt umowy i zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach w nich określonych.
- 3) Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
- 4) Oświadczam, że posiadam wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
- 5) Oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej wykonanie zamówienia.
- 6) Oświadczam, że konsultacje/badania wykonywane będą minimum 5 razy w tygodniu, po minimum 4 godziny ( dotyczy Pakietu nr 3-10)
- 7) Oświadczam, że konsultacje/badania wykonywane będą 7 dni w tygodniu, całodobowo, również w dni ustawowo wolne od pracy ( dotyczy Pakietu nr 1 i 2)
- 8) 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 uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

---

<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 wykonawcy nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).