

DEO/319/1203/2020

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

Wszyscy Wykonawcy

**ZAPROSZENIE**  
**DO ZŁOŻENIA OFERTY NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

**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 – badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia i kolonoskopia (całodobowa realizacja badań)

**Termin wykonania zamówienia:**

Od dnia podpisania umowy do 06.09.2022r.

**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 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę.
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 Zaprośzenia.

**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 09.09.2020 r. do godz. 12.00**

Oferty złożone po terminie będą zwrócone Wykonawcom bez otwierania.

#### **Warunki umowy:**

1. Zamawiający podpisze umowę z Wykonawcą, który przedłoży najkorzystniejszą ofertę i spełni wszystkie warunki stawiane przez Zamawiającego.
2. O miejscu i terminie podpisania umowy Zamawiający powiadomi odrębnym pismem.
3. Umowa zawarta zostanie z uwzględnieniem postanowień wynikających z danych zawartych w ofercie.

W załączeniu:

Załącznik nr 1: formularz ofertowy ;

Załącznik nr 2: formularz cenowy ;

Załącznik nr 3: oświadczenie ;

Załącznik nr 4: projekt umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych;

Załącznik nr 4a: projekt umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych.

**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 – badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia i kolonoskopia  
(całodobowa realizacja badań)  
na następujących warunkach:

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

**wartość brutto ..... zł**  
**(słownie .....)**

**Termin płatności wynosi:**

**..... 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**  
**ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE – BADANIA ENDOSKOPOWE PRZEWODU POKARMOWEGO –**  
**GASTROSKOPIA I KOLONOSKOPIA (CAŁODOBOWA REALIZACJA BADAŃ)**

<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.	Gastroskopia diagnostyczna (bez testu ureazowego)	12		
2.	Gastroskopia diagnostyczna (z testem ureazowym)	8		
3.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją ( z 1 badaniem hp)	8		
4.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją ( z 2 i więcej badaniem hp)	8		
5.	Kolonoskopia diagnostyczna	12		
6.	Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hp)	8		
7.	Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów (z badaniem hp )	8		
8.	Opanowanie krwawienia	8		
<b>Wartość badań 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

....., 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 Załącznik nr 4 „Projekt umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych” oraz Załącznik nr 4a „Projekt umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych” do Zaprośzenia do złożenia oferty i zobowiązuję się do podpisania umów 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 wykonywane będą 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę.

.....  
Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy