

ZARZĄDZENIE WEWNĘTRZNE NR 27

z dnia 12.11.2021 r.

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie

w sprawie: zmiany Zarządzenia Wewnętrznego Nr 24 z dnia 28.10.2021 roku Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie w sprawie

1. przeprowadzenia konkursu ofert, poprzedzającego zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: 1) wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych, 2) testów na koronawirusa SARS-CoV-2 metodą PCR oraz 3) innych badań laboratoryjnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie.
2. określenia przedmiotu postępowania, kryteriów oceny ofert, warunków wymaganych od świadczeniodawców i regulaminu postępowania komisji konkursowej.

§ 1.

W § 1 punkt 2 zmianie ulega okres obowiązywania umowy i otrzymuje brzmienie

1. **Okres obowiązywania umowy: od 6 grudnia 2021 r. do 31 grudnia 2024 r.**

§ 2.

Zmianie ulega § 2 punkt 1 tiret pierwsze i drugie otrzymując brzmienie:

- „- czas realizacji badań CITO – nieprzekraczalny termin 8 dni, dot. II i III zakresu świadczeń
- czas realizacji pozostałych badań – nieprzekraczalny termin 21 dni, dot. II i III zakresu świadczeń”.

§ 3.

Zmianie ulega wzór Formularza ofertowego, który stanowi załącznik nr 1 do Zarządzenia.

§ 4.

Zmianie ulega § 5 ust. 3, 6 oraz 8 i otrzymują brzmienie:

„3. Przy porównywaniu cen zastosowany zostanie wzór:

(cena oferty najniższej/cena oferty badanej) x ilość punktów do zdobycia

6. W kryterium Dostępność 10 pkt otrzyma oferent, który w zakresie II i III świadczeń zadeklaruje możliwość wykonania świadczeń będących przedmiotem konkursu całodobowo, we wszystkie dni tygodnia”

8. W kryterium „Inne kryteria” oferent otrzyma max. 15 pkt w przypadku:

5 pkt. zapewnienia własnego odbioru materiału do badań z siedziby SP ZOZ ,

5 pkt. zapewnienia własnego odbioru materiału do badań z siedziby SP ZOZ we wszystkie dni tygodnia,

5 pkt. zapewnienia własnego odbioru materiału do badań z siedziby SP ZOZ poza wyznaczonymi godzinami na tzw. CITO, tj. poza godz. 8.00 -10.00”.

§ 5.

Zmianie ulega § 6 punkt 1 i otrzymuje brzmienie:

„1. Ofertę należy złożyć w terminie **do dnia 19.11.2021 r., do godz. 11:00**, w Sekretariacie SP ZOZ w Kościanie (pokój nr 1), przy ul. Szpitalnej 7.”

§ 6.

W związku ze zmianą terminu składania ofert, zmianie ulega § 7 i otrzymuje brzmienie:

„Otwarcie złożonych ofert nastąpi **w dniu 19.11.2021 r., o godz. 12:00** w sali konferencyjnej SP ZOZ w Kościanie, przy ul. Szpitalnej 7.”

§ 7.

W związku ze zmianą terminu składania ofert, zmianie ulega § 9 pkt. 6 i otrzymuje brzmienie:

„6. Rozstrzygnięcie konkursu ofert, nastąpi **do dnia 26.11.2021 r.** i zostanie zamieszczone w Biuletynie Informacji Publicznej Organizatora Konkursu w zakładce zamówienia publiczne (przetargi aktualne) oraz na tablicy ogłoszeń.”

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Kościanie

mgr Wojciech Maćkowiak

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zespołu
Opieki Zdrowotnej w Kościanie
mgr Wojciech Maćkowiak



Załącznik Nr 1 do

ZARZĄDZENIA WEWNĘTRZNEGO NR 27 z dnia 12.11.2021 r.

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie

w sprawie: zmiany Zarządzenia Wewnętrznego Nr 24 z dnia 28.10.2021 roku Dyrektoria Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie w sprawie

FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

poprzedzającego zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: 1) wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych, 2) testów na koronawirusa SARS-CoV-2 metodą PCR oraz 3) innych badań laboratoryjnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie

1) Firma, nazwa albo imię i nazwisko podmiotu leczniczego

.....
.....

2) Siedziba podmiotu leczniczego (adres):

.....
.....

3) adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż w pkt. 2)

.....
.....

4) adres realizacji świadczeń, jeżeli jest inny niż w pkt. 2)

.....
.....

5) Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / KRS

.....
.....

6) Nr wpisu na listę medycznych laboratoriów diagnostycznych KIDL

.....
.....

7) NIP Regon

8) Dane do kontaktu: nr tel. mail. fax.

9) Nr konta bankowego na które będzie dokonywany przelew wynagrodzenia

.....

Oświadczenia Oferenta:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń /lub wnoszę zastrzeżenia stanowiące załącznik do niniejszej oferty¹.
2. Oferuję wykonywanie objętych ogłoszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie, zgodnie z warunkami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu.
3. Oświadczam, że wszystkie załączone do oferty oświadczenia, dokumenty lub kserokopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy².
5. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem, potencjałem ekonomicznym i technicznym oraz/lub pracownikami zdolnymi do wykonania zamówienia i zapewniam, że świadczenia będą udzielane przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia, określone w odrębnych przepisach, spełniające wymagania przewidziane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
6. Oświadczam, że zobowiązuje się w zakresie przedmiotu umowy do poddania kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.2021.1285 ze zmianami) oraz do poddania się kontroli na zasadach określonych w ustawie z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2021.711 ze zmianami).
7. Oświadczamy, że odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia poniesiemy solidarnie z udzielającym zamówienia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(Podpis i pieczęć Oferenta)

¹ Niepotrzebne skreślić

² (Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość , najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy .)

Przystępując do konkursu ofert na świadczenia w zakresie badań: 1) histopatologicznych i cytologicznych, 2) testów na koronawirusa SARS-CoV-2 metodą PCR oraz 3) innych badań laboratoryjnych oferuję realizację świadczeń będących przedmiotem postępowania konkursowego za cenę:

Lp.	Nazwa badania / świadczenia	Szacunkowa liczba jednostek w okresie rocznym	Cena jednostkowa brutto	Wartość zamówienia brutto (4x5)
1	2	3	4	5
I ZAKRES: Badania histopatologiczne i cytologiczne				
1.	Cytologia ginekologiczna			
2.	Cytologia nieginekologiczna			
3.	Cytologia – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa			
4.	Drobny materiał tkankowy			
5.	Mały materiał pozabiegowy			
6.	Duży materiał pooperacyjny – nieonkologiczny			
7.	Duży materiał pooperacyjny – onkologiczny			
8.	Barwienie immunohistochemiczne			
9.	Badanie materiału z sekcji zwłok			
Suma pozycji od 1 do 9				
II ZAKRES: Testów na koronawirusa SARS-CoV-2 metodą PCR				
1.	test na koronawirusa SARS-CoV-2 metodą PCR			
III ZAKRES: Badania laboratoryjne				
1.	17-OH progesteron			
2.	Prolaktyna			
3.	Makroprolaktyna			
4.	P/c antykardiolipiniowe klasy IgA			

5.	P/c antykardiolipiniowe klasy IgG			
6.	P/c antykardiolipiniowe klasy IgM			
7.	P/c antyfosfolipidowe klasy IgM i IgG			
8.	P/c przeciw B2 – glikoproteinie-1 IgA			
9.	P/c przeciw B2 – glikoproteinie-1 IgG			
10.	P/c przeciw B2 – glikoproteinie-1 IgM			
11.	P/c przeciwko receptorowi tocznia fosfolipazy A2			
12.	Krążący antykoagulant tocznia – LA			
13.	P/c przeciw mieloperoksydazie (p-ANCA, MPO)			
14.	Toxokaroza IgG			
15.	Test QuantiFERON – TB			
16.	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa – wykrywanie obecności genu HLA-B27 metodą Real Time PCR			
17.	Karbamazepina			
18.	Immunoglobulina IgG podklasa IgG-4			
Suma pozycji od 1 do 18				

.....
(miejsowość, data)

.....
(Podpis i pieczęć Oferenta)