Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/16/2023

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy**.

Usługi medyczne w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj świadczenia dot. badań specjalistycznych** | **Ilość szacunkowa****na 24 miesiące** | **Cena jednostkowabadania** | **Wartość** |
| 1. | Badanie histopatologiczne 1 wycinka (materiału operacyjnego) | 6000 |  |  |
| 2. | Badanie cytologiczne (dwa preparaty) | 96 |  |  |
| 3. | Badanie konsultacyjne rentgenowskie (histopatologiczne) | 24 |  |  |
| 4. | Barwienie immunohistochemiczne | 1920 |  |  |
| 5. | Barwienia specjalne | 48 |  |  |
| 6. | Odwapnianie | 216 |  |  |
| 7. | Inne (np. gotowość – jeżeli nie wymagane nie wypełniać) |  |  |  |
| **RAZEM** |  |

Wymagania:

1. Doświadczenie w ocenie preparatów w zakresie patomorfologii ortopedycznej min. 20 lat.

2. Odległość pomiędzy siedzibą Zamawiającego i miejscem świadczenia usług nie może być większa niż 30 km.

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/16/2023

……………………………………………

*Pieczęć firmowa Oferenta*

*Miejscowość …………….............…. dnia ………………*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Oferta

dla Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej
im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich,
ul. Bytomska 62, 41 – 940 Piekary Śląskie

**I. DANE OFERENTA:**

Nazwa Oferenta ……….

Siedziba Oferenta ……….

NIP Regon ……….

Tel. e-mail: ……….

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**II. TERMIN REALIZACJI:**

Realizacja od dnia 01.11.2023 r. do dnia 31.10.2025 r.

**III. MIEJSCE WYKONYWANIA ŚWIADCZENIA:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**IV. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/16/2023
w zakresie zabezpieczenia świadczenia usług medycznych z zakresu badań histopatologicznych i cytologicznychza cenę łączną (zgodnie z sumą z załącznika nr 1
do SWK):

…........................................… (słownie) ….
w okresie obowiązywania umowy.

Do oceny ofert w kryterium nr 1 (cena) posłuży:

a) w przypadku ofert obejmujących pełny zakres wymaganych świadczeń:

 suma cen jednostkowych wszystkich badań uwzględnionych w formularzu cenowym stanowiących załącznik nr 1 do SWK,

b) w przypadku ofert częściowych:

 ceny jednostkowe zaoferowanych badań uwzględnionych w formularzu cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do SWK.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że cena brutto oferty stanowi wartość pomocniczą do porównania ofert, maksymalną wartość umowy określa Zamawiający w treści umowy, ceny jednostkowe przyjęte do wyliczenia ceny brutto oferty stanowią podstawę rozliczeń między Stronami.

**V. JAKOŚĆ:**

Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe / tytuł naukowy | Doświadczeniezawodowe – ilość lat pracy specjalisty w zakresie objętym przedmiotem zamówienia | Rola w realizacji zadania |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne ………………… .

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Co najmniej 1 osoba z oceniających preparat/materiał będąca samodzielnym pracownikiem naukowym – 100 pkt.
* Brak wśród osób oceniających preparat/materiał będących samodzielnym pracownikiem naukowym – 0 pkt.

**VI. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Podwykonawstwo** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** | **Jeżeli tak, należy podać zakres i firmy Podwykonawców.** |
| Wykonawca nie będzie korzystał z udziału Podwykonawców. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Wykonawca będzie korzystał z udziału Podwykonawców. |  |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Wszystkie wymagane badania wykonywane bez udziału Podwykonawców – 100 pkt.
* Nie wszystkie wymagane badania wykonywane bez udziału Podwykonawców – 0 pkt.

**VII. DOSTĘPNOŚĆ (dot. świadczeń w siedzibie Wykonawcy):**

Oświadczamy, że badania / konsultacje / oceny będą wykonywane w …………………………………….…………………………..………….. (proszę podać adres), tj. odległość miejsca wykonywania badań od siedziby Zamawiającego (w km) wynosi ………… .

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność:

* Odległość miejsca wykonywania usługi do 10 km (włącznie) od siedziby Zamawiającego:
 Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62 – 100 pkt.
* Odległość miejsca wykonywania usługi powyżej 10 km od siedziby Zamawiającego:
 Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62 – 0 pkt.

**VIII. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dni udzielaniaświadczeń zdrowotnych** | **Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych****od – do** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |
| Sobota |  |
| Niedziela |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Dostępność badań w dni ustawowo wolne od pracy – 100 pkt.
* Brak dostępności badań w dni ustawowo wolne od pracy – 0 pkt.

**IX. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

1. Sposób przyjmowania zgłoszeń: ……………………………………………………………..

2. Przewidywany czas oczekiwania:

a) tryb normalny: …………………………………..

b) tryb CITO: ………………………………….

3. Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz nr telefonu kontaktowego:

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 3 do SWK

Znak sprawy: KJ.272/K/16/2023

**OŚWIADCZENIA OFERENTA**

I. Przystępując do konkursu ofert na **zabezpieczenie świadczenie usług medycznych
 z zakresu badań histopatologicznych i cytologicznych** oświadczamy, że zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o w/w konkursie ofert oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu (SWK) i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.

II. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.

III. Oświadczamy, że w razie wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w SWK i w ofercie wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego.

IV. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczamy, że:

 1. wszystkie umowy zawarte z podmiotami leczniczymi w zakresie objętym przedmiotem zamówienia były i są realizowane przez nas należycie,

 2. w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec nas skarg odnoszących się do realizacji umów z podmiotami leczniczymi.

V. Oświadczamy, że w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, nie została rozwiązana z nami przez Oddział Wojewódzki Funduszu umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po naszej stronie.

VI. Oświadczamy, że znajdujemy się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia. Nie zostało wszczęte postępowanie o ogłoszenie upadłości, jak również nie została ogłoszona upadłość oraz firma nie jest w stanie likwidacji.

VII. Oświadczamy, że nie zalegamy w płaceniu podatków, opłat i składek na ubezpieczenie.

VIII. Oświadczamy, iż akceptujemy wymagania Zamawiającego określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu i przyjmując zamówienie zobowiązujemy się do ich spełnienia.

IX. Oświadczamy, iż przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przez nas wykonywanych.

X. Oświadczamy, iż posiadamy pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy
 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli opinia taka jest dla takiego podmiotu wymagana.

XI. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub
 art. 14 RODO\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu rozpatrzenia naszej oferty oraz zawarcia ewentualnej umowy, w związku z niniejszym postępowaniem.\*\*

\* 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,

\*\* 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.

XII. Oświadczamy, że zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców stanowię\*:

 a) mikroprzedsiębiorstwo,

 b) przedsiębiorstwo małe,

 c) przedsiębiorstwo średnie,

 d) przedsiębiorstwo duże.

 \*zakreślić właściwe

 Powyższe oświadczenie wynika z Zalecenia Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącego definicji mikro, małych i średnich przedsiębiorstw.
 Ww. informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

a) Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób
 i którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

b) Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób
 i którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

c) Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwamii które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** i/lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 43 milionów EUR**.

d) Duże przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa nie ujęte powyżej, które **zatrudniają więcej niż 250 osób** i których **roczny obrót przekracza 50 milionów EUR** i/lub roczna suma bilansowa **przekracza 43 milionów EUR**.

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie