Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/7/2025

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy**.

Usługi medyczne w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj  świadczenia dot. badań  specjalistycznych** | **Ilość badań  na 24 miesiące** | **Cena  jednostkowa badania** | **Wartość** |
| 1. | Badanie histopatologiczne  1 wycinka  (materiału operacyjnego) | 9240 |  |  |
| 2. | Badanie cytologiczne  (dwa preparaty) | 96 |  |  |
| 3. | Badanie konsultacyjne  rentgenowskie (histopatologiczne) | 24 |  |  |
| 4. | Barwienie  immunohistochemiczne | 2160 |  |  |
| 5. | Barwienia specjalne | 72 |  |  |
| 6. | Odwapnianie | 240 |  |  |
| 7. | Inne (np. gotowość, jeżeli nie wymagane nie wypełniać) |  |  |  |
| **RAZEM** | | | **zł** | **zł** |

Wymagania:

1. Doświadczenie w ocenie preparatów w zakresie patomorfologii ortopedycznej min. 20 lat,  
 co najmniej jedna osoba.

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

3. Udostępnienie bezpłatnego systemu informatycznego służącego do elektronicznej rejestracji zleceń i podglądu wyników online oraz ich wydruku wraz ze sprzętem koniecznym do obsługi ww. systemu.

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/7/2025

……………………………………………

*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 daty zawarcia umowy do dnia 30.04.2027 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/7/2025   
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.

Suma cen badań jednostkowych z zał. nr 1 do SWK: ….............................. zł

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 | Doświadczenie  zawodowe – ilość lat pracy 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:

* Minimum 1 osoba z oceniających preparat/materiał posiadająca tytuł co najmniej   
  dr hab. n. med. – 100 pkt.
* Brak wśród osób oceniających preparat/materiał posiadających tytuł co najmniej  
  dr hab. n. med. – 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.
* Badania wykonywane z udziałem 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, jednak nie więcej niż 30 km   
   od siedziby Zamawiającego: Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62 – 0 pkt.

**VIII. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dni udzielania świadczeń 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: ………………… dni roboczych

b) tryb CITO: ………………… dni roboczych

c) w przypadku konieczności zlecenia dodatkowych badań immunohistochemicznych

oraz ewentualnych badań molekularnych: ………………… dni roboczych

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

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

……………………………………………………

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