Szczegółowe Warunki Konkursu

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

I. OGÓLNE WARUNKI POSTĘPOWANIA

1. Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.)
2. Do konkursu mogą przystąpić odpowiednie podmioty lecznicze w rozumieniu Ustawy o działalności leczniczej.
3. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych w zakresie podmiotowym i przedmiotowym.
4. Zamawiający zastrzega możliwość wybrania kilku ofert w celu wykonania całości zadania
5. Zakres usług obejmuje 4 zadania
6. Termin realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie zadań 1-6 **od 06.03. 2017 r. do 05. 03. 2018 r.**

II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

Przedmiotem konkursu jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych wg. wskazanej szacunkowej ilości w zakresie :

Zadanie 1.
Diagnostyka Gruźlicy i Mykobakterioz – umowa na okres 12 m-cy

Zadanie 2.
Badania - Potencjały Wywołane (WPW)

Zadanie 3.
Badania - Oligoklonalne Ig w płynie M-R

Zadanie 4.
Konsultacje lekarza Specjalisty w dziedzinie Chirurgii Naczyniowej oraz USG Doppler– umowa na okres 12 m-cy.

Zadanie 5.
Pakiet Onkologiczny – wykonywanie badań rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej – umowa na okres 12 m-cy

Zadanie 6.
Badania laboratoryjne pakiety nr 1-18 umowa na okres 12 m-cy

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu zamówienia obejmuje w szczególności:

- Wykonywanie świadczeń zdrowotnych określonych przedmiotem postępowania na zlecenie lekarzy Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie po uprzednim zgłoszeniu telefonicznym (dotyczy konsultacji) lub skierowaniu na badania .

- poddawanie się procedurom kontrolnym Udzielającego Zamówienie oraz NFZ w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego Zamówienie z Oddziałem NFZ;
- prowadzenie i archiwizacja dokumentacji medycznej zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu przetwarzania (tj. Dz.U. z 2014 r., poz. 177 z późn. zmianami) oraz sprawozdawczości statystycznej w zakresie przedmiotu zamówienia.
- przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych, zasad bezpieczeństwa, higieny pracy, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o działalności leczniczej , ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- zapewnienie ochrony danych objętych dokumentacją medyczną;
- należyte i terminowe wykonywanie świadczeń.

III. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

A . DOKUMENTY

Dla udokumentowania spełnienia wymaganych warunków oraz uznania formalnej poprawności, oferta musi zawierać następujące dokumenty (odpisy lub kserokopie) poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentacji. Załączone dokumenty muszą posiadać atrybut aktualności.

formularz ofertowy	**(załącznik nr 1/OF)**
Oferta Rzeczowo-Finansowa	**(załącznik nr 2/OF)**
oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i specyfikacją	**(załącznik nr 3/OF)**
Aktualny wypis: - z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zamawiający nie wymaga załączania wydruku pełnej księgi rejestrowej), - aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej. - Wpis do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych z nadanym numerem Laboratorium(dotyczy badań laboratoryjnych – zadanie 1 , 4)	**(załącznik nr 4/ OF)**
Numer statystyczny REGON	**(załącznik nr 5/ OF)**
Numer NIP	**(załącznik nr 6 /OF)**
Lista osób wykonujących świadczenia zdrowotne wraz z ich kwalifikacjami i numerami prawa wykonywania zawodu	**(załącznik nr 7/ OF)**
Polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.	**załącznik nr 8/ OF)**
Oświadczenie o spełnieniu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych postępowaniem konkursowym – według załączonego wzoru	**(załącznik nr 9/ OF)**

Uwaga:
potwierdzenia kserokopii dokumentów za zgodność z oryginałem, dokonuje Oferent lub osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta
Oferta nieczytelna podlega odrzuceniu bez wezwania do uzupełnienia braków. Oferta zawierająca błędy, propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych oraz oczywiste pomyłki pisarskie lub rachunkowe, na których poprawienie oferent nie wyraził zgody, pozostawiona jest bez rozpatrzenia. W przypadku wystąpienia w/w pomyłek Udzielający Zamówienie wezwie oferenta do dokonania poprawek.

B. POZOSTAŁE WARUNKI STAWIANE OFERENTOM

1. Wykonawca posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia lub przedstawi pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału technicznego i osób zdolnych do wykonania zamówienia.- oświadczenie - załącznik nr 9/OF
2. Osoby uczestniczące w wykonaniu zamówienia posiadają kwalifikacje odpowiadające przedmiotowi zamówienia zgodnie z Ustawą o diagnostyce laboratoryjnej oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 r.(z późniejszymi zmianami) w sprawie wymagań jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (z późniejszymi zmianami) .- oświadczenie zał. nr 7/OF
3. Laboratorium Wykonawcy uczestniczy w zewnątrz laboratoryjnej kontroli jakości badań - dołączyć aktualne certyfikaty i zaświadczenia.
4. Laboratorium wykonujące badania laboratoryjne musi znajdować się na terenie miasta Krakowa lub w odległości nie większej niż 15 km od siedziby zamawiającego.
5. Oferent spełnia wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
6. Oferent podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia
7. Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot leczniczy zgodnie z wpisem do rejestru musi odpowiadać przedmiotowi zamówienia.

IV. KRYTERIA OCENY OFERT.

Ocenie podlegają oferty złożone przez oferentów spełniających warunki określone w niniejszej specyfikacji

1. Przy wyborze oferty zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

a) Kryterium I Cena (koszt)	**80 %**
b) Kryterium II Jakość	**5 %**
c) Kryterium III Kompleksowość	**5 %**
d) Kryterium IV Dostępność	**5%**
e) Kryterium V Ciągłość	**5%**

Ocena dokonywana będzie oddzielnie dla każdego zadania. Jeżeli na dane zadanie nie zostanie złożona żadna oferta nie podlegająca odrzuceniu postępowanie dotyczące tej części konkursu zostanie umorzone.

Każda oferta oceniana będzie w skali 0-100 pkt, przy zastosowaniu podanych powyżej kryteriów i uwzględnieniu ich znaczenia (wag) w następujący sposób.

Kryterium I Cena (koszt) **80 %**

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z formułą:

$$\text{Wartość punktowa oferty} = \frac{\text{Oferowana wartość minimalna}}{\text{Ofertowa wartość badanej oferty}} \times 80 \text{ pkt}$$

Kryterium II Jakość **5 %**

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższymi wytycznymi:

a. Posiadanie certyfikatu zarządzania jakością ISO 9001 5 pkt
b. Brak ISO 0 pkt

Kryterium III Kompleksowość **5 %**

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższymi wytycznymi:

a. Usługa realizowane bez udziału podwykonawców 5 pkt
b. Usługa realizowana z udziałem podwykonawców 0 pkt

Kryterium III Dostępność **5 %**

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższymi wytycznymi:

a. Zapewnienie transportu – odbioru materiału do badań/pacjenta 5 pkt
b. Brak możliwości transportu badań/pacjenta- 0 pkt

Kryterium IV Ciągłość **5 %**

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższymi wytycznymi:

a. W dniu złożenia oferty realizuje dla szpitala usługi na podstawie umowy - 5 pkt
b. Brak umowy - 0 pkt

2. Każdy z rodzajów zamówienia rozpatrywany będzie osobno.
3. W przypadku, kiedy dwie oferty uzyskają tę samą liczbę punktów, o przyjęciu jednej z nich zdecyduje Komisja po przeprowadzeniu dodatkowych rozmów z oferentami.

V. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty w zaklejonych kopertach powinny być zaadresowane wg poniższego wzoru:

Szpital Miejski Specjalistyczny im.Gabriela Narutowicza w Krakowie

31-202 Kraków, ul.Prądnicka 35

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie .....

Nie otwierać przed .....

Ponadto koperta powinna zawierać nazwę i adres Oferenta napisane w lewym górnym rogu.

2. Oferty należy składać w Sekretariacie Szpitala przy ul. Prądnickiej 35 w Krakowie, **do dnia 21-02-2017r do godz. 11^{oo}**

3. Oferty złożone po terminie będą zwracane bez otwierania.

4. *Wszystkie załączniki powinny być ponumerowane wg pkt III A. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane w ciągłości, każda strona musi być podpisana i opatrzona imienna pieczątką osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta. Wszelkie zmiany winny być przekreślane i parafowane przez Oferenta. Wszystkie strony oferty należy spiąć w sposób uniemożliwiający jej zdekompletowanie. Oferta oraz wszystkie załączniki muszą być sporządzone i złożone w formie pisemnej, w języku polskim, pod rygorem odrzucenia oferty .*

5. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Oferent.

7. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.

VI. DODATKOWE INFORMACJE DLA OFERENTÓW

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **21-02-2017 o godz. 12:00** w sali konferencyjnej w siedzibie Udzielającego Zamówienia w Krakowie przy ul. Prądnickiej 35.
2. Oferenci mogą uczestniczyć w otwarciu ofert, w trakcie którego zostaną odczytane nazwy oferentów oraz podana zostanie informacja dotycząca ceny ofert.
3. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w ciągu 7 dni od dnia otwarcia ofert.
4. Rozstrzygnięcie konkursu ofert zostanie ogłoszone na tablicy informacyjnej w siedzibie Szpitala w dniu 27.02.2017
5. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta w terminie do 7 dni, licząc od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert, z oferentami niepodlegającymi odrzuceniu, spełniającymi warunki określone w niniejszym postępowaniu, których oferty zostaną uznane za najkorzystniejsze w oparciu o ustalone kryteria oceny.
6. W razie, gdy złożona została tylko jedna oferta, Udzielający Zamówienie może przyjąć tę ofertę, jeżeli komisja konkursowa stwierdzi, że spełnia ona wymagania.
7. Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu i przesunięcia terminu składania ofert.
8. Odrzuca się ofertę :
   a) złożoną po terminie ,
   b) zawierającą nieprawdziwe informacje,
   c) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń,
   d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
   e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
   f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną ,
   g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego Zamówienie w postępowaniu konkursowym.
   h) złożoną przez oferenta , z którym została rozwiązana przez Udzielającego Zamówienie umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn zawinionych przez oferenta.
9. Unieważnia się postępowanie gdy:
   a) nie wpłynęła żadna oferta, lub wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, nieprzyjęta przez Komisję,

b) odrzucono wszystkie oferty,

c) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienie przeznaczył na finansowanie świadczeń,

d) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

VII. POSTĘPOWANIE ODWOŁAWCZE.

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Komisja konkursowa rozpatruje protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zwieszeniu, chyba ,że protest jest oczywiście bezzasadny. Protest wniesiony po terminie nie podlega rozpoznaniu.
3. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, oferent może wnieść do Dyrektora Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
4. Dyrektor Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie rozpatruje odwołanie w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Udzielający Zamówienia

DYREKTOR
Szpitala Miejskiego Specjalistycznego
im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

dr n. med. Renata Godyń-Swędzioł
specjalista internista-reumatolog

Spis załączników :

Lp.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty	
		TAK	NIE
1.	Formularz ofertowy **zał. Nr 1/OF**		
2.	Oferta rzeczowo-finansowa- według załączonego wzoru **zał. Nr 2/OF**		
3.	Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i specyfikacją **zał. Nr 3/OF**		
4.	Aktualny wypis: - z Rejestru podmiotów leczniczych wykonujących działalność		
	- aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej		
	- wpis do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych z nadanym numerem Laboratorium (dotyczy badań laboratoryjnych – zadanie 4 pakiety 1-15) **zał. Nr 4/OF**		
5.	Numer statystyczny –**zał. Nr 5/OF**		
6.	Numer NIP- **zał. Nr 6/OF**		
7.	Lista osób wykonujących Świadczenia zdrowotne wraz z ich kwalifikacjami i numerami prawa wykonywania zawodu **zał. 7/OF**		
8.	Polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta w zakresie prowadzonej działalności leczniczej **zał. Nr 8/OF**		
9	Oświadczenie o spełnieniu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych postępowaniem konkursowym –według załączonego wzoru **zał.Nr 9/OF**		

DYREKTOR
Szpitala Miejskiego Specjalistycznego
im. Gabriela Narutowicza w Krakowie
dr n. med. Renata Godyń-Swędzioł
specjalista internista-reumatolog

.....
Miejscowość i data

.....
(podpis)

Załącznik nr 1/OF

(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

na świadczenia zdrowotne dla Szpitala Miejskiego Specjalistycznego
Im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

DANE OFERENTA	
Nazwa	
Adres	
Numery wpisów do właściwych rejestrów oraz oznaczenie organów dokonujących wpisów.	
NIP	
REGON	
Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby kontaktowej w zakresie składanej oferty	
DANE DO UMOWY	
Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do podpisania umowy	
Nazwa banku Nr rachunku bankowego	

DYREKTOR
Szpitala Miejskiego Specjalistycznego
im. Gabriela Narutowicza w Krakowie
dr n. med. Renata Godyń-Swędzi
specjalista internista-nefrolog

Załącznik nr 2/OF

(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

OFERTA RZECZOWO-FINANSOWA

na świadczenia zdrowotne dla Szpitala Miejskiego Specjalistycznego
im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

DYREKTOR
Szpitala Miejskiego Specjalistycznego
im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

dr n. med. Renata Godyń Swędzioł
specjalista internista-reumatolog

Zadanie 1.

Załącznik nr 2A/OF

Diagnostyka Gruźlicy i Mykobakterioz

Nazwa świadczenia	Przewidywana ilość badań w okresie 12 m-cy	Cena brutto za jedno badanie (w zł)	Wartość świadczeń brutto (w zł) na okres 12 m-cy	Maksymalny czas oczekiwania na wynik badania
I Metoda automatyczna – posiew na podłoża płynne z posiewem konwencjonalnym				
1. Opracowanie materiału: bakterioskopia: Z-N , fluroescencyjna, hodowla	20			
2.Różnicowanie prątków do kompleksu MTBC lub MOTT	20			
II Metoda sondy genetycznej Probe Tec Et z posiewem konwencjonalnym				
3. Wykrywanie DNA prątków gruźlicy w materiale Diagnostycznym	50			
III Metoda Nested Real Time PCR test X-pert MTB/RIF				
4. Wykrywanie DNA M. tuberculosis bezpośrednio w materiale diagnostycznym z określeniem lekowrażliwości na RIF	10			
IV. Metoda test T-Sport, TB				
5. Wykrywanie utajonego zakażenia prątkami gruźlicy z krwi obwodowej	5			
V. Lekowrażliwość				
6. Lekowrażliwość na INH, SM, ETB, RMP,PZA metoda automatyczna.	5			
7. Lekowrażliwość na INH, SM, EMP, RMP na podłożach stałych	5			
8. Lekowrażliwość rozszerzona na AN. OFX,ETA,BS na podłożach stałych.	5			
9. Lekowrażliwość uzupełniająca –CS, KAPR, RIF, KLOF na podłożach stałych	5			

Zadanie 2.

Załącznik nr 2B/OF

Badania- Potencjały Wywołane (WPW)

Nazwa świadczenia zdrowotnego	Przewidywana ilość badań w okresie12 m-cy	Cena brutto za jedno badanie (w zł)	Wartość świadczeń brutto (w zł) na okres 12 m-cy
1. Badania -Potencjały wywołane (WPW)	50		

Zadanie 3.

Załącznik nr 2C/OF

Badania - Oligoklonalne Ig w płynie M-R

Nazwa świadczenia zdrowotnego	Przewidywana ilość badań w okresie12 m-cy	Cena brutto za jedno badanie (w zł)	Wartość świadczeń brutto (w zł) na okres 12 m-cy
1. Badania - oligoklonalne Ig w płynie M-R	50		

Zadanie 4.

Załącznik nr 2D/OF

KONSULTACJE LEKARZA SPECJALISTY W DZIEDZINIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ oraz USG Doppler

Nazwa świadczenia zdrowotnego	Przewidywana ilość badań w okresie12 m-cy	Cena brutto za jedno badanie (w zł)	Wartość świadczeń brutto (w zł) na okres 12 m-cy
1. Konsultacje specjalistyczne w zakresie chirurgii naczyniowej	20		
2 USG Dopller (wg. rodzaju i ceny badania)	20		

Zadanie 5.

Załącznik nr 2 E/OF

PAKIET ONKOLOGICZNY

Nazwa świadczenia zdrowotnego	Przewidywana ilość badań w okresie 12 miesięcy	Cena brutto za jedno badanie (w zł)	Wartość świadczeń brutto (w zł) na 12 miesięcy
1. Rezonans magnetyczny	50		
2. Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET)	10		
Razem			

Zadanie 6.

Załącznik nr 2F/OF

Pakiet nr. 1 Badania toksykologiczne , monitorowanie leków

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań w okresie 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Narkotyki- pojedyncze oznaczenie wg. potrzeb				90	mocz	wpisać		
2.	Leki- pojedyncze oznaczenie wg. potrzeb				90	mocz/surowica	wpisać		
3.	Poziom oxkarbamazepiny				25	surowica	wpisać		
4.	Poziom lamotryginy				25	surowica	wpisać		
5.	Poziom lewetiracetamu				25	surowica	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2G/OF

Pakiet nr.2 Hormony i metabolity

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Kwas wanilinomigdałowy				10	mocz- DZM	wpisać		
2.	Metoksykatecholaminy				10	mocz- DZM	wpisać		
3.	IGF-1				15	surowica	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2H/OF

Pakiet nr.3 Diagnostyka choroby wieńcowej i chorób serca

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Mioglobina				14	surowica	wpisać		
2.	Pro BNP				30	surowica	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2I/OF

Pakiet nr. 4 Markery odczynów zapalnych

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczenia	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Prokalcytonina				200	surowica	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2J/OF

Pakiet nr. 5 Białka specyficzne

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Panel- badania prążków oligoklonalnych, albumina IgG, elektroforeza z wyliczeniem wskaźników				50	PMR/ surowica	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2K/OF

Pakiet nr 6. Badanie mikrobiologiczne I

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres12 m- cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Chlamydia w moczu , w wymazach moczopłciowych oraz w drogach oddechowych u noworodków				110	mocz/wymaz	wpisać		
2.	Chlamydia IgG				110	surowica	wpisać		
3.	Chlamydia IgM				110	surowica	wpisać		
4.	Mykoplazma hominis, Mykoplazma genitalium , w moczu , w wymazach z kanału szyjki macicy , z cewki moczowej				100	mocz/wymaz	wpisać		
5.	Ureaplazma urealiticum w moczu, w wymazach z kanału szyjki macicy , z cewki moczowej				100	mocz/wymaz	wpisać		
	RAZEM								

Podłoża transportowe dostarcza wykonawca

Zadanie 6.

Załącznik nr 2L/OF

Pakiet nr.7 Badania wirusologiczne I

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Cytomegalowirus IgG				20	mocz	wpisać		
2.	Cytomegalowirus IgM,				20	mocz	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2Ł/OF

Pakiet nr.8 Badania wirusologiczne II

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Panel EBV				10	surowica	wpisać		
2.	Wirus Epsteina-Barra IgG				40	Surowica/PMR	wpisać		
3.	Wirus Epsteina-Barra IgM				40	Surowica/PMR	wpisać		
4.	Myxo wirus/świnka IgG				10	surowica/PMR	wpisać		
5.	Myxo wirus/świnka IgM				10	surowica/PMR	wpisać		
6.	Wirus VZV IgG				40	surowica/PMR	wpisać		
7.	Wirus VZV IgM				40	surowica/PMR	wpisać		
8.	ECHO wirus IgG,				10	Surowica/PMR	wpisać		
9.	ECHO wirus IgM				10	Surowica/PMR	wpisać		
10.	Polio wirus IgG				10	Surowica/PRM	wpisać		
11.	Polio wirus IgM				10	Surowica/PRM	wpisać		
12.	Coxsachie wirus IgG				10	Surowica/PRM	wpisać		
13.	Coxsachie wirus IgM				10	Surowica/PRM	wpisać		
14.	Morbilli wirus/odra IgG				10	Surowica/PMR	wpisać		
15.	Morbilli wirus/odra IgM				10	Surowica/PMR	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2M/OF

Pakiet nr.9 Badania mikrobiologiczne II

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Panel - Przeciwciała p/ krztuściowe				20	surowica	wpisać		
2.	Campylobacter test				20	kał	wpisać		
3.	Kał – Yersinia, E.coli patogenne				30	kał	wpisać		
4.	Test w kierunku paciorkowca Gr. A				10	wymaz z gardła	wpisać		
5.	Mykoplazma pneumoniae IgM				40	surowica	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2N/OF

Pakiet nr.10 Autoimmunologia

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Przeciwciała anty ds. DNA				5	surowica	wpisać		
2.	Przeciwciała anty ENA				5	surowica	wpisać		
3.	Przeciwciała antySm				5	surowica	wpisać		
4.	Przeciwciała anty-JO-1				5	surowica	wpisać		
5.	Przeciwciała anty-Ro				5	surowica	wpisać		
6.	Przeciwciała anty- La				5	surowica	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2O/OF

Pakiet nr. 11 Badania biochemiczne

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Przeciwciała anty GAD				4	surowica	wpisać		
2.	Przeciwciała p/akwaporynie 4				10	surowica	wpisać		
3.	Poziom ceruloplazminy				10	surowica	wpisać		
4.	Poziom przeciwciał p/receptorom acetylocholiny anty AchR				10	surowica	wpisać		
5.	Globulina wiążąca hormony płciowe SHBC				5	surowica	wpisać		
6.	Mikroalbuminuria				12	mocz	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2P/OF

Pakiet nr. 12 Badania pilne

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Amoniak				110	surowica	wpisać		
2.	Mleczany				110	surowica	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2R/OF

Pakiet nr. 13 Infekcje – Testy potwierdzenia

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Wykonanie testu potwierdzenia obecności przeciwciał anty HIV				6	osocze cytrynianowe /krew EDTA	wpisać		
2.	Wykonanie testu potwierdzenia obecności przeciwciał anty HCV				6	osocze cytrynianowe /krew EDTA	wpisać		
3.	RNA HCV –metoda PCR jakościowa				6	krew EDTA	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2S/OF

Pakiet nr 14 Badania specyficzne

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Kwasy żółciowe				48	surowica	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2T/OF

Pakiet nr 15 Badania specyficzne

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Test ROMA (Ca 125 , HE4,wyliczenie wskaźnika)				180	surowica	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2U/OF

Pakiet 16 - badania laboratoryjne z transportem Wykonawcy

Lp.	NAZWA BADANIA	metoda oznaczenia	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	Cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1	anty-TG(p/ciała p.tyreoglobulinie)	X			120				
2	anty-TPO(c/ciała p.peroksyd.tarcz)	X			220				
3	LH (hormon luteinizujący)	X			35				
4	FSH (hormon folikulotropowy)	X			50				
5	PRL (prolaktyna)	X			120				
6	E 2 (estradiol)	X			40				
7	PRG (progesteron)	X			40				
8	Testosteron	X			60				
9	AFP	X			130				
10	DHEAS-S	X			35				
11	CA 15.3	X			140				
12	Kortyzol	X			130				
13	PTH (parathormon)	X			90				
14	Hbs- antygen	X			5				
15	anty HCV	X			5				
16	Hbs- test potwierdzenia	X			35				
17	anty Hbs - ilościowo	X			5				
18	HIVag /pc	X			5				
19	Toxoplasmoza IgG	X			260				
20	Toxoplasmoza IgM	X			260				
21	Różyczka IgG	X			180				
22	Różyczka IgM	X			160				

23	Ferrytyna	X			120				
24	Wit B12	X			80				
25	IgE- całkowite	X			20				
26	Kwas foliowy	X			5				
27	C-peptyd	X			10				
28	Insulina	X			10				
29	Cyfra 21,1	X			10				
30	Witamina D3 25 OH D3	X			30				
31	Cytomegalia IgG	X			175				
32	Cytomegalia IgM	X			170				
33	P/ciała - p. receptorom TSH	X			30				
34	Hormon wzrostu	X			8				
35	Testosteron wolny	wpisać jaka			6				
36	IgE - specyficzne	wpisać jaka			5				
37	IgA	wpisać jaka			15				
38	IgM	wpisać jaka			15				
39	IgG	wpisać jaka			15				
40	Hemoglobina Glikowana HbA1C	wpisać jaka			75				
41	Mononukleoza - latex	wpisać jaka			20				
42	Digoksyna	wpisać jaka			15				
43	Phenytoina	wpisać jaka			3				
44	Kwas walproinowy	wpisać jaka			18				
45	Karbamazepina	wpisać jaka			3				
46	Borelioza IgG	wpisać jaka			200				
47	Borelioza IgM	wpisać jaka			200				
48	Helicobacter Pyroli IgG ilościowo	wpisać jaka			35				
49	Tyreoglobulina	wpisać jaka			3				
50	Kalcytonina	wpisać jaka			14				
51	17 OH Progesteron	wpisać jaka			3				
52	ACTH (hormon kortykotropowy)	wpisać jaka			20				

53	Aldosteron	wpisać jaka			3				
54	Androstendion	wpisać jaka			8				
55	Cholinoesteraza	wpisać jaka			10				
56	Fosfataza kwaśna	wpisać jaka			5				
57	Fosfataza sterczowa	wpisać jaka			5				
58	Żelazo TIBC	wpisać jaka			18				
59	Transferyna	wpisać jaka			5				
60	test na obecność lambii met.Elisa	wpisać jaka			25				
61	kał na pasożyty	wpisać jaka			30				
62	kał na resztki pokarmowe	wpisać jaka			3				
63	proteinogram	wpisać jaka			60				
64	Herpes IgG	wpisać jaka			3				
65	Herpes IgM	wpisać jaka			3				
66	P/ciała antykardiolipinowe IgG	wpisać jaka			6				
67	P/ciała antykardiolipinowe IgM	wpisać jaka			6				
68	antykoagulant tocznia	wpisać jaka			8				
69	p/c przeciwjądrowe ANA 1	wpisać jaka			20				
70	p/c przeciwjądrowe ANA 2	wpisać jaka			15				
	RAZEM								

* w przypadku podwykonawstwa w kolumnie „nazwa laboratorium wykonującego " należy dodatkowo podać numer wpisu laboratorium w KIDL

X – badania wyszczególnione w poz 1- 34 muszą być wykonywane metoda elektrochemiluminescencji ECLIA

Zadanie 6.

Załącznik nr 2W/OF

Pakiet nr 17 Badania w kierunku infekcji – Testy potwierdzenia

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Wykonanie testu potwierdzenia obecności przeciwciał p/boreliozie (Western- Blot)				150	surowicaPRM	wpisać		
	RAZEM								

Zadanie 6.

Załącznik nr 2Z/OF

Pakiet nr 18 Badanie mikrobiologiczne

Lp.	nazwa badania	metoda oznaczania	nazwa aparatu	nazwa laboratorium wykonującego *	przewidywana ilość badań na okres 12 m-cy	materiał	max czas oczekiwania na wynik	cena 1 badania brutto	wartość brutto na 12 m-cy
1.	Mykoplazma hominis, Mykoplazma genitalium IgG				100	surowica	wpisać		
2,	Mykoplazma hominis, Mykoplazma genitalium IgM				100	surowica	wpisać		
3.	Ureaplazma urealiticum IgG				100	surowica	wpisać		
4.	Ureaplazma urealiticum IgM				100	surowica	wpisać		
	RAZEM								

Załącznik nr 3/OF

(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

Ja (imię i nazwisko).....

W imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy (nazwa podmiotu leczniczego)

.....

.....

oświadczam, co następuje:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz niniejszych Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści.
2. Akceptuję bez zastrzeżeń projekt umowy stanowiący Załącznik nr 10/OF oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na przedstawionych warunkach.
3. Akceptuję bez zastrzeżeń projekt umowy powierzenia stanowiący Załącznik nr 11/OF oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na przedstawionych warunkach
4. Będę kontynuował umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy.
5. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

Miejsce i data:.....

(podpis)_____

Załącznik nr 4/OF

Aktualny wypis: - z Rejestru podmiotów leczniczych wykonujących działalność
Aktualny wypis: - z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
Aktualny wpis: - do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych z nadanym numerem Laboratorium (dotyczy badań laboratoryjnych – zadanie 6 pakiety 1-18)

Załącznik nr 5/OF

Numer statystyczny REGON – potwierdzony za zgodność

Załącznik nr 6/OF

Numer identyfikacji podatkowej NIP- potwierdzony za zgodnośc

Załącznik nr 7/OF

Lista osób wykonujących świadczenia zdrowotne
(wypełnia podmiot leczniczy)

składając ofertę w trybie konkursu ofert na: ..... oświadczamy, że w realizacji zamówienia uczestniczyć będą następujące osoby:

Lp	Imię i nazwisko	PESEL	Kwalifikacje zawodowe (nr prawa wykonywania zawodu)	Posiadane uprawnienia/ Specjalizacje	stanowisko	inne
1	2	3	4	5	6	7

Załącznik nr 8/OF

Polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.

Załącznik nr 9/OF

Nazwa Oferenta .....

Adres .....

Oświadczenie

O spełnieniu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych postępowaniem konkursowym

Oświadczam, iż spełniam wymogi określone wobec Oferentów w warunkach niniejszego konkursu oraz dysponuję odpowiednimi warunkami lokalowymi, aparaturą i sprzętem medycznym, jak również personelem spełniającym wymogi przewidziane w przepisach prawa dla wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych składaną ofertą.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta