**WARUNKI KONKURSU OFERT**

**1. Nazwa oraz adres udzielającego zamówienie.**

nazwa: Szpital Uniwersytecki

im. Karola Marcinkowskiego

w Zielonej Górze Sp. z o. o.

adres: ul. Zyty 26

65 – 046 Zielona Góra

adres do korespondencji: Szpital Uniwersytecki

im. Karola Marcinkowskiego

w Zielonej Górze Sp. z o. o.

Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi

ul. Zyty 26

65 – 046 Zielona Góra

strona internetowa: [www.szpital.zgora.pl](http://www.nowasol.pl/)

adres e-mail [np@szpital.zgora](mailto:np@szpital.zgora)[.](mailto:zampub@nowasol.pl)pl

faks: 68 325 58 08

godziny urzędowania: poniedziałek – piątek od 7:00 do 14:35

**2. Tryb udzielenia zamówienia.**

* 1. Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest w trybie konkursu ofert, na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021r., poz. 711) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz. U. z 2021r., poz. 1285) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**3. Opis przedmiotu zamówienia.**

Nomenklatura według Wspólnego Słownika Zamówień (CPV):

85.11.00.00-3 – usługi szpitalne i podobne

3.1 Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych (również w stanach nadzwyczajnych z wyłączeniem sytuacji określonych w aktach prawnych wyższego rzędu) polegających na ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia pacjentów w zakresie Endoskopowej Cholangiopankreatografii Wstecznej (ECPW) oraz innych zabiegów endoskopowych w Centralnej Endoskopii oraz na terenie pozostałych jednostek Szpitala Uniwersyteckiego imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

3.2 Szczegółowy zakres i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych określa projekt umowy, który stanowi **załącznik nr 1** do warunków konkursu ofert.

**4. Termin realizacji przedmiotu zamówienia.**

4.1 Termin wykonania przedmiotu zamówienia od dnia **01 stycznia 2023r.**   
do dnia **31 grudnia 2025r.**

**5. Warunki udziału w postępowaniu.**

5.1 O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się oferenci, którzy posiadają:

1) specjalizację w dziedzinie gastroenterologii lub

2) specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych lub chirurgii lub chirurgii ogólnej lub pediatrii lub chirurgii onkologicznej lub lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych posiadający udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań endoskopowych przewodu pokarmowego.

3) dyplom nadania stopnia doktora nauk medycznych lub wyższego.

5.2 Każdy lekarz jest obowiązany spełniać następujące warunki:

a) posiadać prawo wykonywania zawodu,

b) nie może być:

- zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,

- ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

- pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym,

c) uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

d) dodatkowo lekarze udzielający świadczeń w narażeniu na promieniowanie jonizujące zobowiązani są dostarczyć certyfikat ukończenia szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta

e) zaświadczenie o aktualnych badaniach lekarskich,

f) aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu z zakresu BHP.

5.3 Niespełnienie powyższych warunków będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

**6. Opis sposobu przygotowania oferty.**

6.1 Ofertę należy sporządzić wypełniając formularz oferty, którego wzór stanowi **załącznik nr 2** do warunków konkursu ofert.

6.2 Oferent zobowiązany jest do określenia w formularzu ofertowym w szczególności następujące informacje:

a) opaskowanie żylaków przełyku ……………….. złotych za 1 zabieg

b) protezowanie przełyku  ……………….. złotych za 1 zabieg

c) poszerzanie przełyku ……………….. złotych za 1 zabieg

d) ECPW – zakres grupy G35 ……………….. złotych za 1 zabieg

e) ECPW – zakres grupy G34 ……………….. złotych za 1 zabieg

f) ECPW z protezą samorozprężalną – zakres grupy G33………….. złotych za 1 zabieg

g) PEG ……………….. złotych za 1 zabieg

h) tamowanie krwawienia z przewodu pokarmowego ………….. złotych za 1 zabieg

i) gastroskopia + wycinki …………….... złotych za 1 zabieg

j) gastroskopia (bez zabiegu) …………….. złotych za 1 badanie

k) gastroskopia + z polipektomią ……………….. złotych za 1 zabieg

l) polipektomia endoskopowa ……………….. złotych za 1 zabieg

ł) kolonoskopia z biopsją ……………….. złotych za 1 zabieg

m) kolonoskopia (bez zabiegu) …………….. złotych za 1 badanie

w celu dokonania oceny ofert – szacunkowej ceny oferty wg wzoru zawartego w formularzu oferty.

6.3 Sposób rozliczenia wynagrodzenia za wykonanie świadczeń określa projekt umowy, który stanowi **załącznik nr 1** do warunków konkursu ofert.

6.4Wszelkie rozliczenia pomiędzy zamawiającym a wykonawcą będą prowadzone w PLN.

6.5 Do formularza oferty należy załączyć:

1. kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, który będzie uczestniczyć w realizacji zamówienia tj.: prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom lekarza, dyplom uzyskania specjalizacji, dyplom nadania stopnia doktora nauk medycznych lub wyższego.
2. dokumenty określające status prawny oferenta, tj. zaświadczenie o wpisie podmiotu leczniczego, indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, łącznie z wydrukiem księgi rejestrowej,
3. zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,

d) aktualne zaświadczenie właściwej Okręgowej izby Lekarskiej wydane nie wcześniej niż 1 miesiąc przed upływem terminu składania ofert potwierdzające, że osoby, które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia nie są;

- zawieszone w prawie wykonywania zawodu ani ograniczone w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,

- ukarane karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

- pozbawione możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszone w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym,

e) obowiązkową polisę oc dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna/ indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska - zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami a w przypadku braku polisy oświadczenie o przedłożeniu polisy odpowiedzialności cywilnej, najpóźniej w dniu podpisania umowy.

f) dodatkowo lekarze udzielający świadczeń w narażeniu na promieniowanie jonizujące zobowiązani są dostarczyć certyfikat ukończenia szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta,

g) zaświadczenie o aktualnych badaniach lekarskich,

h) aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BHP.

6.6 Oferta winna być podpisana przez osobę składającą ofertę lub osobę/osoby uprawnione do jej reprezentowania. Podpis winien zawierać czytelne imię i nazwisko bądź pieczątkę imienną oraz podpis lub parafkę. W przypadku, gdy ofertę podpisuje pełnomocnik, do oferty należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo.

**UWAGA: Pełnomocnictwo należy złożyć w oryginale lub notarialnie poświadczonej kopii.**

6.7 Oferta musi być złożona, pod rygorem nieważności, w formie pisemnej, w języku polskim. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.

6.8 Udzielający zamówienia nie dopuszcza możliwości złożenia oferty w formie elektronicznej lub faksem.

6.9 W celu czytelnego zamieszczenia odpowiedniej ilości informacji, wzory załączników można dopasować do indywidualnych potrzeb, zachowując jednak brzmienie ich wzorcowej treści.

6.10 Ewentualne poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.

6.11 Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski.

6.12 Dokumenty należy przedstawić w formie oryginałów albo kopii.

### 7. Miejsce i termin składania i otwarcia ofert.

7.1 Ofertę należy przesłać na adres Szpitala Uniwersyteckiego imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Zyty 26, 65 – 046 Zielona Góra lub złożyć w Dziale Zarządzania Zasobami Ludzkimi , pok. nr 1 budynku S (Centrum Monitorowania Chorób Nowotworowych), w terminie do dnia **do dnia 05 grudnia 2022r. do godziny 14:35**

7.2 Za termin złożenia oferty uważa się termin jej wpływu do siedziby udzielającego zamówienie.

7.3 Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie oznaczonej w następujący sposób: **„Oferta w konkursie ofert –** na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ECPW oraz innych zabiegów endoskopowych **oraz napisem „NIE OTWIERAĆ przed terminem otwarcia ofert”– z oznaczeniem nazwy i adresu oferenta.**

7.4 Oferent może wprowadzić zmiany w złożonej ofercie lub ją wycofać, pod warunkiem, że udzielający zamówienia zamawiający otrzyma powiadomienie o wprowadzeniu zmian przed terminem składania ofert. Zarówno zmiana jak i wycofanie oferty wymagają zachowania formy pisemnej. Zmiany dotyczące treści oferty powinny być przygotowane, opakowane i zaadresowane w ten sam sposób jak oferta. Dodatkowo opakowanie, w którym jest przekazywana zmieniona oferta należy opatrzyć napisem ZMIANA. Powiadomienie o wycofaniu oferty powinno być opakowane i zaadresowane w ten sam sposób jak oferta. Dodatkowo opakowanie, w którym jest przekazywane to powiadomienie należy opatrzyć napisem WYCOFANIE.

7.5Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Szpitala Uniwersyteckiego imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Zyty 26, Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi budynek S pok. 8 **w dniu 06 grudnia 2022r. o godz. 10:00.**

7.6 Otwarcie ofert jest jawne. W otwarciu ofert mogą brać udział przedstawiciele oferentów.

7.7Po otwarciu ofert udzielający zamówienia ogłasza nazwy i adresy oferenta, a także informacje dotyczące procentów od kwot i ceny oferty.

7.8 Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

8. Badanie i ocena ofert.

8.1 Udzielający zamówienia najpierw bada, czy oferta nie podlega odrzuceniu, a następnie dokona oceny ofert.

8.2 W toku badania i oceny ofert udzielający zamówienia może żądać od oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert i dokumentów potwierdzających spełnianie warunków udziału w postępowaniu.

8.3 Jeżeli oferta zawierać będzie rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia, udzielający zamówienia zwróci się do oferenta o udzielenie w określonym terminie wyjaśnień dotyczących elementów oferty mających wpływ na wysokość ceny.

8.4 Udzielający zamówienie odrzuca ofertę w następujących przypadkach;

a) złożoną po terminie wskazanym w Ogłoszeniu,

b) zawierające nieprawdziwe informacje,

c) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,

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 szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt.2 , ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

h) złożoną przez oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienie umowa udzielenie została rozwiązana przez Zamawiającego umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie oferenta.

8.5 Udzielający zamówienie przyzna zamówienie temu oferentowi, którego oferta spełnia warunki określone w warunkach konkursu ofert i została oceniona jako **najkorzystniejsza w oparciu o  kryterium wyboru oferty.**

9. Kryteria oceny ofert.

9.1 Ocenie podlegają jedynie oferty niepodlegające odrzuceniu.

9.2 Zamawiający wybierze ofertę kierując się następującym kryterium wyboru:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa kryterium** | **waga** |
| **1.** | cena oferty | **100 %** |

Wybrana zostanie oferta, która otrzymała największą liczbę punktów.

9.3 Przyznawanie punktów będzie odbywać wg następujących zasad:

**Cena**

Ocenie podlega cena oferty.

Liczba punktów, jaką można uzyskać w tym kryterium zostanie obliczona zgodnie ze wzorem:

najniższa cena oferty

liczba punktów oferty badanej = ---------------------------- x 100%

cena oferty badanej

Punkty zostaną przyznane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

10. Rozstrzygnięcie konkursu ofert oraz formalności, jakie powinny zostać dopełnione po wyborze oferty w celu zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

10.1 Udzielający zamówienia ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert umieszcza na stronie internetowej www.[szpital.zgora.pl](mailto:szpital@zgora.pl) w zakładce ogłoszenia: Postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń.

10.2Udzielający zamówienia poinformuje oferenta o: wyborze najkorzystniejszej oferty, powodach odrzucenia oferty – jeżeli nastąpi, podając uzasadnienie faktyczne i prawne lub unieważnieniu postępowania, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.

10.3 Jeżeli oferent, którego oferta została wybrana, uchyla się od zawarcia umowy udzielający zamówienia, może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert bez przeprowadzania ich ponownego badania i oceny, chyba że zachodzą przesłanki unieważnienia postępowania, o których mowa w art. 150 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

10.4 Udzielający zamówienia poinformuje oferenta, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza o miejscu i terminie zawarcia umowy.

10.5 Udzielający zamówienia wymaga, aby oferent zawarł z nim umowę w sprawie zamówienia na świadczenia zdrowotne zgodą z projektem umowy stanowiącym załącznik nr 1 do warunków konkursu ofert.

10.6 Warunkiem podpisania umowy jest przedłożenie do wglądu oryginałów dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, złożenie oświadczenia potwierdzającego pełne zaszczepienie przeciwko COVID-19 wraz z kopią certyfikatu oraz zdjęcia obejmującego wizerunek od wierzchołka głowy do durnej części barków w postaci pliku jpg. (plik należy przesłać pocztą elektroniczną na adres email: m.babiarczuk@szpital.zgora.pl).0

**11. Udzielanie wyjaśnień dotyczących warunków konkursu.**

11.1 Oferent może zwrócić się do udzielającego zamówienia o wyjaśnienie treści warunków konkursu. Udzielający zamówienia niezwłocznie udzieli wyjaśnień, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści warunków konkursu wpłynął do zamawiającego jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert.

11.2 Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści warunków konkursu wpłynął po upływie terminu składania wniosku, udzielający zamówienia może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania.

11.3 Komunikacja między udzielającym zamówienia a oferentami odbywa się za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012r. – Prawo pocztowe, osobiście, za pośrednictwem posłańca, faksu lub przy użyciu środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

11.4 Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzi się w języku polskim w związku z tym wszelkie pisma, dokumenty, oświadczenia itp. składane w trakcie postępowania między udzielającym zamówienia a oferentami muszą być sporządzone w języku polskim.

11.5 Osobami uprawnionymi do porozumiewania się z oferentami w imieniu zamawiającego są:

**Małgorzata Duber – Specjalista Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi** Szpitala Uniwersyteckiego imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,

e - mail [m.duber@szpital](mailto:m.duber@szpital)[.zgora.pl](mailto:zampub@nowasol.pl).

12. Pouczenie o środkach ochrony prawnej.

12.1 W toku postępowania konkursowego, do czasu zakończenia postępowania oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest. Protest składa się w terminie siedmiu dni roboczych, od dnia dokonania zaskarżonej czynności. Protest powinien być wniesiony w taki sposób, aby Udzielający zamówienia mógł zapoznać się z jego treścią przed upływem terminu oznaczonego w zdaniu poprzednim.

12.2 Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu chyba, że z treści protestu wynika, że jest on bezzasadny.

12.3 Komisja konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie do 7 dni od dnia jego wniesienia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.

12.4 Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu .

12.5 Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu, Komisja konkursowa niezwłocznie zamieszcza na stronie internetowej Zamawiającego i na tablicy ogłoszeń. Oferentowi, który protest wniósł informacja jest przekazywana faksem lub w formie elektronicznej, zgodnie z wyborem protestującego, wskazanym w treści protestu.

12.6 W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

12.7 Oferentom przysługuje prawo wniesienia odwołania dotyczące rozstrzygnięcia postępowania – konkursu. Odwołanie wnosi się do Udzielającego zamówienia, w terminie 7 dni, licząc od dnia przekazania informacji o rozstrzygnięciu postępowania.

12.8 Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

12.9 Odwołanie rozpatruje się w terminie 7 dni od daty otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielenie świadczenia do czasu jego rozpatrzenia.

**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTY**

Zielona Góra .....................................

Dane oferenta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | Imię i Nazwisko | **Adres** |
|  |  |  |

Szpital Uniwersytecki

im. Karola Marcinkowskiego

w Zielonej Górze sp. z o. o.

ul. Zyty 26

65-046 Zielona Góra

1. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych (również w stanach nadzwyczajnych z wyłączeniem sytuacji określonych w aktach prawnych wyższego rzędu) polegających na ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia pacjentów w zakresie Endoskopowej Cholangiopankreatografii Wstecznej (ECPW) oraz innych zabiegów endoskopowych w Centralnej Endoskopii oraz na terenie pozostałych jednostek Szpitala Uniwersyteckiego imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na świadczenie usług medycznych oraz warunkami konkursu ofert.

3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami konkursu ofert i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.

4. Oświadczam, że zawarty w warunkach konkursu ofert projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.

5. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.

6. Szacunkowa cena oferty:

tabela 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zabieg** | **opaskowanie żylaków przełyku** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 zabieg** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zabieg** | **protezowanie przełyku** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 zabieg** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zabieg** | **poszerzanie przełyku** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 zabieg** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zabieg** | **ECPW – zakres grupy G35** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 zabieg** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zabieg** | **ECPW – zakres grupy G34** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 zabieg** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zabieg** | **ECPW z protezą samorozprężalną – zakres grupy G33** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 zabieg** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zabieg** | **PEG** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 zabieg** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 8

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zabieg** | **tamowanie krwawienia z przewodu pokarmowego** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 zabieg** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 9

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zabieg** | **gastroskopia + wycinki** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 zabieg** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 10

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Badanie** | **gastroskopia (bez zabiegu)** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 badanie** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zabieg** | **gastroskopia + z polipektomią** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 zabieg** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 12

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zabieg** | **polipektomia endoskopowa** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 zabieg** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 13

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zabieg** | **kolonoskopia z biopsją** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 zabieg** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

tabela 14

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Badanie** | **kolonoskopia (bez zabiegu)** |
| 1. | **Proponowana cena za 1 badanie** | ………… zł |
| 2. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 3. | Cena łączna  (poz.1 x poz. 2) | ……………………... |

Łączna cena ofert wynosi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pozycja tabeli** | **Cena** |
| 1. | Tabela nr 1 pozycja 3 |  |
| 2. | Tabela nr 2 pozycja 3 |  |
| 3. | Tabela nr 3 pozycja 3 |  |
| 4. | Tabela nr 4 pozycja 3 |  |
| 5. | Tabela nr 5 pozycja 3 |  |
| 6. | Tabela nr 6 pozycja 3 |  |
| 7. | Tabela nr 7 pozycja 3 |  |
| 8. | Tabela nr 8 pozycja 3 |  |
| 9. | Tabela nr 9 pozycja 3 |  |
| 10. | Tabela nr 10 pozycja 3 |  |
| 11. | Tabela nr 11 pozycja 3 |  |
| 12. | Tabela nr 12 pozycja 3 |  |
| 13. | Tabela nr 13 pozycja 3 |  |
| 14. | Tabela nr 14 pozycja 3 |  |
| 15. | **Łączna cena oferty**  **(poz. 1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12+13+14)** | …………………... |

7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

**8. W przypadku braku polisy**

Oświadczam, że polisę odpowiedzialności cywilnej przedłożę najpóźniej w dniu podpisania umowy.

9. Do oferty załączam kserokopie następujących dokumentów:

1) kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, który będzie uczestniczyć w realizacji zamówienia tj.: prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom lekarza, dyplom uzyskania specjalizacji, dyplom nadania tytułu naukowego doktora nauk medycznych lub wyższy

2) dokumenty określające status prawny oferenta, tj. zaświadczenie o wpisie podmiotu leczniczego, indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, łącznie z wydrukiem księgi rejestrowej,

3) zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,

4) aktualne zaświadczenie właściwej Okręgowej izby Lekarskiej wydane nie wcześniej niż 1 miesiąc przed upływem terminu składania ofert potwierdzające, że osoby, które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia nie są;

- zawieszone w prawie wykonywania zawodu ani ograniczone w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,

- ukarane karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

- pozbawione możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszone w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym,

5) obowiązkową polisę oc dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna/ indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska- zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami a w przypadku braku polisy oświadczenie o przedłożeniu polisy odpowiedzialności cywilnej, najpóźniej w dniu podpisania umowy,

6) dodatkowo lekarze udzielający świadczeń w narażeniu na promieniowanie jonizujące zobowiązani są dostarczyć certyfikat ukończenia szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta, bądź oświadczenie o nieudzielaniu świadczeń w narażeniu na promieniowanie jonizujące,

7) zaświadczenie o aktualnych badaniach lekarskich,

8) aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu z zakresu BHP.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**czytelny podpis oferenta**