

**Szczegółowe warunki konkursu
na udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu badań
z zakresu diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej w Samodzielnym
Gminnym Zakładzie Podstawowej Opieki Zdrowotnej
w Czarnym Dunajcu**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zmianami), zwanej dalej Ustawą, art. 140, art. 141, 146 ust. 1, 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4 - 6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2017r., poz. 1938 z późn. zmianami), właściwe Rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz wewnętrzne akty prawne Samodzielnego Gminnego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Dunajcu, zwanego dalej **Udzielającym zamówienie**. **Udzielający zamówienie** spełnia warunki określone w art. 4 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2017r. poz. 1579 z późn. zmianami).

Udzielający zamówienie:

Samodzielny Gminny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Dunajcu
ul. Kamieniec Dolny 55, 34 -470 Czarny Dunajec
tel. (18) 265-73-70, fax. (18) 265 73 70
REGON: 491984697; NIP: 735-22-63-883, KRS: 0000033049, Nr księgi 000000006384
E-mail: sgzpoz@wp.pl

ROZDZIAŁ I.

PRZEDMIOT KONKURSU

1. Przedmiotem konkursu jest udzielenie zamówienia na:

- **Wykonywanie badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej,**
 - a) **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany będzie do zawarcia umowy dzierżawy na Punkt Pobrań w Przychodni w Czarnym Dunajcu – o powierzchni 6m² - stawka za 1 m² - 25,00zł brutto.

ROZDZIAŁ II

WARUNKI REALIZACJI ZLECONYCH ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia, będące przedmiotem niniejszego postępowania, zlecane będą i rozliczane zgodnie z zapisami w umowach na świadczenia zdrowotne. Przewidywane ilości świadczeń zdrowotnych zostaną określone w umowie lub załączniku nr 1 do umowy.
2. Liczba świadczeń zdrowotnych do zrealizowania może ulec zwiększeniu lub zmniejszeniu w zależności od potrzeb **Udzielającego zamówienie**.
3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany będzie do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz wszystkich pacjentów Samodzielnego Gminnego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Dunajcu.
4. **Udzielający Zamówienia** może zlecić udzielanie świadczeń w zakresie objętym niniejszym postępowaniem także na rzecz innego podmiotu niż Samodzielny Gminny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, jeżeli **Udzielający Zamówienie** posiada zawartą z tym podmiotem umowę na udzielanie świadczeń tego samego rodzaju, co świadczenia objęte niniejszym postępowaniem.
5. Do organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych objętej postępowaniem stosowane będą wewnętrzne akty prawne Samodzielnego Gminnego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Dunajcu, dotyczące organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w tym w szczególności Statut, Regulamin Organizacyjny i wewnętrzne zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Gminnego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Dunajcu.
6. Niniejsze „Szczegółowe warunki konkursu“ będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.
7. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nie opisane w niniejszych Warunkach będą zawarte w podpisanych umowach z Oferentami wybranymi w przedmiotowym postępowaniu, których projekty stanowią załączniki do szczegółowych warunków postępowania. **Akceptacja projektów umów jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu. Udzielający zamówienie dopuszcza możliwość składania uwag do projektu umowy. Uwagi do projektu umowy można składać do dnia 24.11.2017r.**
8. **Udzielający zamówienie** zastrzega możliwość wyboru na każdy z pakietów większej liczby ofert niż jedna, w przypadku, gdy oferta z najniższą ceną została złożona na część przedmiotu zamówienia lub jeżeli jest to uzasadnione względami jakości i dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych.

ROZDZIAŁ III

CZAS, NA KTÓRY ZOSTANIE ZAWARTA UMOWA

1. Umowy na świadczenia zdrowotne zostaną zawarte na czas określony od dnia 01.01.2018r. do dnia 31.12.2018r.
2. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych ustala się na dzień: 01.01.2018r.

3. **Udzielający zamówienie** zastrzega możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą, w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia. W razie zawarcia umowy po 01.01.2018r. **Udzielający Zamówienie** zastrzega możliwość późniejszego rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych.

ROZDZIAŁ IV

WARUNKI, JAKIE MUSI SPEŁNIAĆ OFERTA

1. Oferta musi być złożona w trwale zamkniętej kopercie. Na kopercie należy umieścić:
 - 1) dokładny adres Oferenta (adres do korespondencji oraz kontaktowy numer telefonu),
 - 2) numer sprawy: SGZPOZ - 37/2017
 - 3) napis określający przedmiot postępowania konkursowego,
 - 4) napis: „Nie otwierać przed dniem 30.11.2017r. roku, godziną 12:00” /termin otwarcia ofert/.
2. Pierwsza strona oferty winna zawierać:
 - 1) łączną liczbę stron oferty,
 - 2) spis zawartości koperty tj. spis treści zawierający wykaz złożonych dokumentów z podaniem numeru strony, na której dany dokument się znajduje.
3. Oferta musi zawierać następujące oświadczenia i dokumenty bądź ich potwierdzone za zgodność kopie:
 - 1) Dotyczy podmiotów leczniczych:
 - a) Formularz Ofertowy, stanowiący **załącznik nr 1** do szczegółowych warunków konkursu;
 - b) Oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunków postępowania i umowy – według wzoru załączonego do szczegółowych warunków konkursu - **załącznik nr 2**;
 - c) Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych, według wzoru, stanowiącego **załącznik nr 3** do szczegółowych warunków konkursu;
 - d) Oświadczenie Oferenta, stanowiące **załącznik nr 4**, że w przypadku wyboru jego oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawi następujące dokumenty:
 - potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych (dyplom, potwierdzenie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu),
 - e) Informacje o Oferencie – wypełniony **załącznik nr 5**;
 - f) Dokumenty potwierdzające dane o Oferencie, tj.:
 - Zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej albo aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego podmiotu, który utworzył

podmiot leczniczy, poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu. Z dokumentów tych ma wynikać także, że osoby podpisujące ofertę lub udzielające pełnomocnictw są upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta;

- Statut;
- Aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji laboratoriów w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych (dotyczy laboratoriów diagnostycznych)

2) Dotyczy lekarzy wykonujących działalność leczniczą:

- a) Formularz Ofertowy, stanowiący **załącznik nr 1** do szczegółowych warunków konkursu;
- b) Oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunków postępowania i umowy – według wzoru załączonego do szczegółowych warunków konkursu - **załącznik nr 2**,
- c) Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych, według wzoru stanowiącego **załącznik nr 3** do szczegółowych warunków konkursu;
- d) Oświadczenie Oferenta, stanowiące **załącznik nr 4**, że w przypadku wyboru jego oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawi następujące dokumenty:

- potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych (dyplom, potwierdzenie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu);

e) Informacje o Oferencie - wypełniony **załącznik nr 5**.

f) Dokumenty potwierdzające dane o Oferencie, tj.:

- Zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej albo aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu. Z dokumentów tych ma wynikać także, że osoby podpisujące ofertę lub udzielające pełnomocnictw są upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta. W przypadku spółki cywilnej wymagane jest złożenie umowy spółki, wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych lub grupowych praktyk lekarskich.

4. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

Uwaga:

Potwierdzenia kserokopii dokumentów dokonuje Oferent lub osoba upoważniona

do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta; zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określony we wpisie do właściwego rejestru musi odpowiadać zakresowi objętemu konkursem.

ROZDZIAŁ V.

OFERTA CENOWA

1. Cena przedmiotu zamówienia winna być wyrażona w złotych polskich.
2. Cenę należy podać na druku (formularzu ofertowym), którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu.

ROZDZIAŁ VI.

KRYTERIA OCENY OFERT

1. Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty w oparciu o następujące kryteria:

Cena 100%

2. Za ofertę najkorzystniejszą uznana zostanie oferta, której łączna cena za każdy rodzaj usługi będzie najniższa.

ROZDZIAŁ VII.

WARUNKI PŁATNOŚCI

1. **Udzielający zamówienia** będzie dokonywać zapłaty za zrealizowane w danym miesiącu świadczenia zdrowotne na podstawie prawidłowo wystawionego/ej przez **Przyjmującego zamówienie** rachunku/faktury, w terminie 14 dni od dnia otrzymania faktury. Podstawą uznania rachunku/faktury będzie potwierdzenie wykonanych świadczeń zdrowotnych przez Dyrektora lub osobę przez niego upoważnioną, na załączniku do rachunku/faktury. Zapłata będzie dokonywana na wskazany przez **Przyjmującego zamówienie** rachunek bankowy.
2. Miesięczne wynagrodzenie z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych stanowić będzie: iloczyn ilości wykonanych badań przez stawki określone w umowie.
3. W przypadku urzędowych zmian stawek podatku strony umowy dopuszczają możliwość zmiany cen w przedmiocie stawki podatku VAT. Zmiana stawki VAT następuje z mocy prawa.

ROZDZIAŁ VIII.

MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty składa się w zamkniętej kopercie w formie pisemnej pod rygorem nieważności, wraz z adnotacją „**Konkurs ofert na świadczenia medyczne w zakresie**”
2. Oferty należy składać w administracji Samodzielnego Gminnego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej – Przychodnia w Czarnym Dunajcu (II piętro), ul. Kamieniec Dolny 55, 34-470 Czarny Dunajec, w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 30.11.2017r. do godz. 10.00.**

ROZDZIAŁ IX.

OTWARCIE OFERT:

1. Otwarcie ofert nastąpi w Przychodni w Czarnym Dunajcu ul. Kamieniec Dolny 55 – II piętro - pokój administracji, **w dniu 30.11.2017r. o godz. 12.00.**
2. Otwarcie ofert odbędzie się w obecności wszystkich przybyłych Oferentów, którzy będą mogli uczestniczyć w części jawnej konkursu.
3. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od daty składania ofert.

ROZDZIAŁ X.

MIEJSCE I TERMIN ROZSTRZYGNIĘCIA KONKURSU

1. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie umieszczone na stronie internetowej Samodzielnego Gminnego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Dunajcu <https://sgzpoz.czarny-dunajec.com> i na tablicy ogłoszeń w jego siedzibie oraz przesłane do Oferentów drogą elektroniczną lub faksem
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie **do dnia 07.12.2017r.**

ROZDZIAŁ XI.

TRYB I ZAKRES PRAC KOMISJI KONKURSOWEJ

1. Konkurs przeprowadza Komisja powołana przez Dyrektora Samodzielnego Gminnego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Dunajcu. Komisja konkursowa, mając na celu rozstrzygnięcie konkursu ofert, dokonuje następujących czynności:
 - a. Stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert.
 - b. Otwiera koperty z ofertami.
 - c. Ustala, które z ofert spełniają warunki określone w **Rozdziale IV** niniejszych Warunków.
 - d. Odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom określonym w **Rozdziale IV** niniejszych Warunków lub:

- zgłoszone po wyznaczonym terminie,
 - zawierające nieprawdziwe informacje,
 - jeżeli oferent nie określił proponowanego wynagrodzenia tytułem udzielania świadczeń zdrowotnych bądź przekroczył określone maksymalne miesięczne wynagrodzenie tytułem udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
 - jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3,
 - złożoną przez świadczeniodawcę, z którym została rozwiązana przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszym postępowaniem.
 - złożoną przez oferenta, z którym została rozwiązana przez **Udzielającego zamówienie** umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po stronie oferenta.
- e. W przypadku, gdy braki, o których mowa pod literą d, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.
- f. Ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w **Rozdziale IV** niniejszych Warunków, a które zostały odrzucone.
- g. Przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów.
- h. Wybiera najkorzystniejszą ofertę/y biorąc pod uwagę przyjęte kryteria oceny oraz zapewnienie pacjentom maksymalnej dostępności do świadczeń zdrowotnych albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
2. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów, z wyjątkiem czynności określonych w pkt. 1 lit. a, b.
3. Z przebiegu konkursu komisja konkursowa sporządza protokół, który powinien zawierać:
- a. Oznaczenie miejsca i czasu konkursu.
 - b. Imiona i nazwiska członków komisji konkursowej oraz przedstawiciela samorządu zawodu medycznego, jeżeli uczestniczy w pracach komisji.
 - c. Liczbę zgłoszonych ofert.
 - d. Wskazanie ofert odpowiadających warunkom określonym w **Rozdziale IV** powyższych Warunków.
 - e. Wskazanie ofert nieodpowiadających warunkom określonym w **Rozdziale IV** powyższych Warunków lub zgłoszonym po terminie (wraz z uzasadnieniem).
 - f. Wyjaśnienia i oświadczenia Oferentów.
 - g. Wskazanie najkorzystniejszej dla **Udzielającego zamówienie** oferty zgodnie z pkt. 1, lit. h Rozdziału XI albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta (wraz z uzasadnieniem).
 - h. Ewentualne odrębne stanowisko członka komisji konkursowej, jeżeli uczestniczy w pracach komisji.
 - i. Wzmiankę o odczytaniu protokołu.
 - j. Podpisy członków komisji.

4. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania konkursowego, komisja informuje o rozstrzygnięciu konkursu.
5. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania konkursowego następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.

ROZDZIAŁ XII.

UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

1. Dyrektor Samodzielnego Gminnego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Dunajcu unieważnia postępowanie w sprawie udzielenia zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu, gdy:
 - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
 - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem pkt 2.;
 - 3) odrzucono wszystkie oferty;
 - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą **Udzielający zamówienie** przeznaczył na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu;
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności, powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

ROZDZIAŁ XIII.

ZAWARCIE UMOWY

1. Udziałający zamówienie zawiera umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych z Oferentem, którego oferta została wybrana przez komisję konkursową, jako najkorzystniejsza, w terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
2. Projekty umów na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne stanowią **załącznik nr 6** do Szczegółowych warunków konkursu ofert.

ROZDZIAŁ XIV.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zastrzega się prawo odwołania konkursu ofert oraz przesunięcia terminu składania ofert oraz terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert bez podania przyczyn.
2. Zapytania do Szczegółowych warunków konkursu ofert można składać nie później niż na 2 dni przed terminem wyznaczonym na składanie ofert.

Data: ...17.11.2017r....

Zatwierdzam:

Dyrektor
Mateja
mgr Joanna Mateja

ZAŁĄCZNIK Nr 1
do Warunków Konkursu

.....
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

**FORMULARZ
OFERTOWY**

1. Nazwa i adres oferenta

.....

.....

.....

2. Data sporządzenia oferty:

3. Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne, proponuję następujące ceny na świadczenia zdrowotne objęte niniejszym postępowaniem:

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA I MIKROBIOLOGICZNA

Lp.	Nazwa badania	Przewidywana liczba badań na 12 m-cy	Cena za 1 badanie (brutto)	Wartość	Termin wykonania badania i dostarczenia wyników
A.	BADANIA HEMATOLOGICZNE				
1	Morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi	1800			W dniu pobrania
2	Morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi	320			W dniu pobrania
3	Retikulocyty	10			W dniu pobrania
4	Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	460			W dniu pobrania

B.	BADANIA BIOCHEMICZNE I IMMUNOCHEMICZNE				
1	Sód	700			W dniu pobrania
2	Potas	750			W dniu pobrania
3	Wapń zjonizowany	520			W dniu pobrania
4	Żelazo	80			W dniu pobrania
5	Żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)	10			W dniu pobrania
6	Stężenie transferyny	10			W dniu pobrania
7	Stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c)	40			3 dni
8	Mocznik	220			W dniu pobrania
9	Kreatynina	770			W dniu pobrania
10	Glukoza	1520			W dniu pobrania
11	Test obciążenia glukozą	170			W dniu pobrania
12	Białko całkowite	10			W dniu pobrania
13	Proteinogram	10			W dniu pobrania
14	Albumina	10			3 dni
15	Białko C –reaktywne (CRP)	425			W dniu pobrania
16	Kwas moczowy	260			3 dni
17	Cholesterol całkowity	1060			W dniu pobrania
18	Cholesterol – HDL	790			W dniu pobrania
19	Cholesterol – LDL	770			W dniu pobrania
20	Triglicerydy (TG)	900			W dniu pobrania
21	Bilirubina całkowita	250			W dniu pobrania
22	Bilirubina bezpośrednia	10			W dniu pobrania
23	Fosfataza alkaliczna (ALP)	10			W dniu pobrania

24	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	450			W dniu pobrania
25	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	500			W dniu pobrania
26	Gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)	30			W dniu pobrania
27	Amylaza	40			W dniu pobrania
28	Kinaza keratynowa (CK)	20			W dniu pobrania
29	Fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	10			W dniu pobrania
30	Czynnik reumatoidalny (RF)	85			3 dni
31	Miano antystreptolizyn O (ASO)	40			3 dni
32	Hormon tyreotropowy (TSH)	800			3 dni
33	Antygen HBs-AgHbs	150			3 dni
34	VDRL	10			3 dni
35	FT3	70			W dniu pobrania
36	FT4	90			W dniu pobrania
37	PSA-Antygen swoisty dla stercza całkowity	125			W dniu pobrania
38	ASO	40			W dniu pobrania
39	Mg	10			W dniu pobrania
40	GRF	125			W dniu pobrania
C.	BADANIE MOCZU				
1	Ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu	1260			W dniu pobrania
2	Ilościowe oznaczenie białka	10			W dniu pobrania
3	Ilościowe oznaczenie glukozy	10			W dniu pobrania
4	Ilościowe oznaczenie wapnia	10			W dniu pobrania
5	Ilościowe oznaczenie amylazy	10			W dniu pobrania

D.	BADANIE KAŁU				
1	Badanie ogólne	30			5 dni
2	Pasożyty	120			5 dni
3	Krew utajona - metodą immunochemiczną	20			W dniu pobrania
E.	BADANIE UKŁADU KRZEPNIĘCIA				
1	Wskaźnik protrombinowy (INR)	850			W dniu pobrania
2	Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	40			W dniu pobrania
3	Fibrynogen	10			W dniu pobrania
4	D-dimery	10			W dniu pobrania
F.	BADANIE MIKROBIOLOGICZNE				
1	Posiew moczu z antybiogramem	25			5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii
2	Posiew wymazu z gardła z antybiogramem	20			5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii
3	Posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella	10			5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii
G.	POZOSTAŁE - AOS				
1	Anty – HBS	15			W dniu pobrania
2	Anty – HIV	85			W dniu pobrania
3	Anty – HCV	50			W dniu pobrania
4	Prolaktyna	25			W dniu pobrania
5	Testosteron	20			W dniu pobrania
6	Estradiol	40			W dniu pobrania
7	FSH	30			W dniu pobrania
8	CA 125	60			3 dni

9	Toxoplazma IgM	170			W dniu pobrania
10	Toxoplazma IgG	170			W dniu pobrania
11	CMV IgG	10			4 dni
12	CMV IgM	10			4 dni
13	Avidność Toxo	15			4 dni
14	Odczyn Coombsa	70			3 dni
15	Grupa krwi i RH	110			3 dni
16	Odczyn Waalera-Rosa	10			3 dni
17	Odczyn WR	165			W dniu pobrania
18	Progesteron	20			4 dni
19	B CHG	15			4 dni
20	Lipaza	10			4 dni
21	Kwasy żółciowe	10			4 dni
21	Wymaz z pochwy	120			5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii
	RAZEM				

.....
Podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIK Nr 2
do Warunków Konkursu

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Nazwa Oferenta

.....

.....

Adres

.....

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.
3. Oświadczam, iż posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z projektem umowy i akceptuję proponowane w nim postanowienia oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej do stawienia się w wyznaczonym przez Organizatora konkursu terminie i miejscu, w celu podpisania umowy na tychże warunkach.
6. Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.

.....

Data

.....

Podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIK Nr 3
do Warunków konkursu

**LICZBA, KWALIFIKACJE
I DOŚWIADCZENIE
OSÓB MAJĄCYCH UDZIELAĆ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje	Doświadczenie
1			
2			
3			
4			

.....
Data

.....
Podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Nazwa Oferenta

.....
.....

Adres

.....

Niniejszym, oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię następujące dokumenty:

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób które będą udzielać świadczeń zdrowotnych;
- potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....
Data

.....
Podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIK Nr 5
do Warunków Konkursu

OPIS I NAZWA SIEDZIBY OFERENTA

Nazwa Oferenta	
Nazwa skrócona	
NIP	
REGON	
Adres siedziby	
Adres do korespondencji	
Telefon	
Fax	

.....
Data

.....
Podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIKI Nr 6 - Projekt umowy