

**Regulamin Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań TK, MR, RTG  
oraz Mammografii drogą teleradiologii dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
przy ul. Bialskiej 104/118**

## **I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny  
ul. Bialska 104/118  
42-200 Częstochowa  
tel. 34 367 31 04; fax. 34 365 17 56

## **II. PRZEDMIOT KONKURSU**

1. Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań TK, MR, RTG i Mammografii drogą teleradiologii dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118:

- a) **Opisywanie badań RTG drogą teleradiologii,**
- b) **Opisywanie badań Tomografii Komputerowej drogą teleradiologii,**
- c) **Opisywanie badań Rezonansu Magnetycznego drogą teleradiologii,**
- d) **Opisywanie badań Mammograficznych drogą teleradiologii.**

– na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie Konkursu Ofert i w zawieranej umowie.

2. Szacunkową liczbę badań w okresie obowiązywania umowy, określa „Formularz ofertowy” – załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert. Rodzaj i ilości badań wskazanych w „Formularzu ofertowym” stanowią wartości szacunkowe i zostały przyjęte dla porównania ofert. *Przyjmującemu Zamówienie* nie przysługuje roszczenie z tytułu niezrealizowania zamówienia we wskazanej wielkości. Rodzaj i ilość badań mogą ulegać zmianie w zależności od faktycznych potrzeb *Udzielającego Zamówienia*, na co *Przyjmujący Zamówienie* wyraża zgodę i nie będzie dochodził żadnych roszczeń z tytułu zmian rodzajowych i ilościowych w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do niezlecenia *Przyjmującemu Zamówienie* opisu badań w każdym miesiącu obowiązywania umowy. Liczba zleconych badań w poszczególnych miesiącach może być różna i uzależniona od potrzeb *Udzielającego Zamówienia*. *Udzielający zamówienia* zastrzega, że w okresie obowiązywania przedmiotowej umowy może zlecać do opisu dowolny rodzaj badań.

3. Przedmiot zamówienia obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w zakresie opisywania badań TK, MR, RTG i Mammografii drogą teleradiologii.

**4. Dane techniczno – informatyczne *Udzielającego Zamówienia*:**

a) Serwer PACS

b) Dane kontaktowe do firmy obsługującej system *Udzielającego Zamówienia*: firma Synektik. Dane kontaktowe do osoby obsługującej system *Udzielającego Zamówienia*, zostaną udostępnione po podpisaniu umowy.

c) Prędkość pobierania – 200 Mb/s

d) Prędkość wysyłania 200 Mb/s

e) Stały adres IP

f) Łącze nie będzie wykorzystywane tylko na potrzeby teleradiologii

g) Dane routera szpitalnego *Udzielającego Zamówienia* w celu konfiguracji połączenia VPN: FortiGate 301E.

h) *Udzielający Zamówienia* wyraża chęć korzystania ze wsparcia koordynatorów badań *Przyjmującego Zamówienie* i wsparcia informatycznego *Przyjmującego Zamówienie*.

**5.** *Przyjmujący Zamówienie* musi zapewnić integrację użytego oprogramowania do teleradiologii z posiadanym przez *Udzielającego Zamówienia* systemem RIS firmy SYNEKTIK SA i systemem PACS firmy SYNEKTIK SA, w zakresie wymiany danych obrazowych i opisów badania oraz pozostałych danych medycznych znajdujących się w dokumentacji medycznej pacjenta przechowywanej w systemie RIS. Integracja powinna umożliwić bezpośrednie zlecenie i wysyłanie badań z systemu RIS *Udzielającego Zamówienia* do opisu. System *Udzielającego Zamówienia* zapewnia integrację wg standaryzacji DICOM 3.0 oraz HL 7. *Udzielający Zamówienia* pokrywa wszelkie koszty integracji.

**6.** *Przyjmujący Zamówienie* musi zapewnić telefoniczną pomoc w czasie wykonywania usług w zakresie obsługi systemu teleinformatycznego oraz zapewnieni nadzór techniczny i informatyczny nad poprawnym działaniem systemu po stronie *Przyjmującego Zamówienie*.

**7.** Badania TK, MR, RTG i Mammografii będą przesyłane do *Przyjmującego Zamówienie* w celu dokonania opisu za pomocą teleradiologii.

**8.** Po dokonaniu opisu badań *Przyjmujący Zamówienie* będzie przysyłał opis badania do *Udzielającego Zamówienia* za pośrednictwem systemu teleradiologii. Na druku opisu badania, *Przyjmujący Zamówienie* zamieści swoją nazwę, adres, oraz klauzulę o treści: „Opis badania został wykonany drogą teleradiologii przez .....”

**9.** *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do wprowadzenia zawartej umowy do Portalu Świadczeniodawcy NFZ. Podmiot Lecznicy, tj.: *Udzielający Zamówienia* posiada Kod Świadczeniodawcy o numerze: 123/100147 zarejestrowany w Śląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach.

**10.** Przedmiot zamówienia obejmuje opisywanie badań TK, MR, RTG i Mammografii 5 dni tygodniu (w dni powszednie od poniedziałku do piątku) drogą teleradiologii, a w przypadku

badania opisywanych w trybie CITO w piątki od godziny 13:00 do godziny 8:00 dnia następnego, w zależności od potrzeb *Udzielającego Zamówienia*:

**1) Badania RTG:**

a) Tryb CITO do 2 godzin - w piątki od godziny 13:00 do godziny 8:00 dnia następnego

**2) Badania Tomografii Komputerowej:**

a) Tryb planowy do 6 dni roboczych

b) Tryb pilny do 2 dni roboczych

c) Tryb CITO do 2 godzin - w piątki od godziny 13:00 do godziny 8:00 dnia następnego

**3) Badania Rezonansu Magnetycznego:**

a) Tryb planowy do 6 dni roboczych

b) Tryb pilny do 2 dni roboczych

c) Tryb CITO do 2 godzin - w piątki od godziny 13:00 do godziny 8:00 dnia następnego

**4) Badania Mammografii:**

a) tryb planowy do 14 dni roboczych

**11. Badania onkologiczne będą opisywane w trybie pilnym i planowym.**

**12.** Czas na opis badania będzie liczony od momentu otrzymania przez *Przyjmującego Zamówienie* pełnej dokumentacji pacjenta związanej z badaniem, w tym skierowań czy poprzednich badań.

**13.** Przed przystąpieniem do świadczenia usługi, *Przyjmujący Zamówienie* dokona demonstracyjnego uruchomienia systemu do teleradiologii w celu prezentacji spełnienia wszystkich wymogów technicznych postawionych przez *Udzielającego Zamówienia*, oraz pozostałych niezbędnych parametrów do prawidłowego funkcjonowania systemu teleradiologii, jak również przeszkoli na swój koszt personel *Udzielającego Zamówienia*, uprawniony do korzystania z systemu teleradiologii, w tym pracownika Działu Informatyki *Udzielającego Zamówienia*, odpowiedzialnego za nadzór systemu informatycznego po stronie *Udzielającego Zamówienia* w zakresie obsługi i konfiguracji programu.

**14.** Wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do Formularza Ofertowego, zawierający m. in. imię i nazwisko lekarza, specjalizację, oraz numer jego prawa wykonywania zawodu, stanowić będzie załącznik do umowy i będzie aktualizowany przez *Przyjmującego Zamówienie* każdorazowo w przypadku wystąpienia zmiany składu personalnego.

15. W ramach dostępności lekarzy radiologów, dokonujących opisu badań, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest zapewnić możliwość kontaktu telefonicznego *Udzielającego Zamówienia* z lekarzem radiologiem dokonującym opisu badań.

16. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do wykonywania opisów RTG, Tomografii Komputerowej, Rezonansu Magnetycznego oraz Mammografii drogą teleradiologii:

- 1) przez lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje, zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa,
- 2) zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną i standardami,
- 3) z zachowaniem najwyższej staranności.

17. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **5 miesięcy od daty zawarcia umowy.**

18. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmuje świadczenia objęte umową zawartą pomiędzy *Udzielającym Zamówienia*, a Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami finansującymi świadczenia i obejmują świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych.

19. Przedstawiciele *Udzielającego Zamówienia* uprawniony do bezpośredniego kontaktowania się z *Oferentami* :

a) w sprawie przedmiotu postępowania: Pani lek. med. Dorota Wójcik - Grzybowska – Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej tel. 34 367 37 52,

b) pod względem informatycznym: Pan Tomasz Salachna – Kierownik Działu Informatyki tel. 34 367 31 26.

c) w sprawie procedury konkursowej: Pani Justyna Lewandowska – Kierownik Działu Umów Medycznych tel. 34 367 37 14.

### **III. ZASADY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE.**

1. Wykonywanie zamówienia na wymaganym przepisami poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy, sztuki medycznej oraz etyki zawodowej, obowiązującymi przepisami prawa, warunkami niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert, postanowieniami umowy, przy zachowaniu najwyższej staranności w wykonywanej pracy na rzecz *Udzielającego Zamówienia*.

2. Prowadzenie wymaganej sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z art. 27, ust. 4, pkt. 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz. 799).

### **IV. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE.**

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* wykonujący działalność leczniczą wymienioną w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz. 799), którzy spełniają następujące warunki udziału w postępowaniu:

- a) posiadają uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, potwierdzone odpowiednimi certyfikatami krajowymi lub międzynarodowymi i wykonują działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia,
- b) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia oraz posiadają niezbędne kwalifikacje, tj.: dysponują personelem udzielającym świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania, posiadającym specjalizację z dziedziny radiologii, zgodnie z wymogami określonymi w Rozdziale VIII, ust. 1, pkt. d oraz e.

2. *Oferenci* wykonujący działalność leczniczą muszą być uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP.

3. Posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie w prowadzeniu działalności objętej konkursem, oraz posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia.

4. Posiadają polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

5. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia do ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, niezależnie od sposobu, w jaki wszedł w ich posiadanie, w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych, tj.: Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019r. poz. 1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/676 z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s 1) – RODO oraz ustawy o prawach pacjenta i rzecznika praw pacjenta.

## **V. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**Termin realizacji zamówienia: 5 miesięcy od daty zawarcia umowy.**

## **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

- 1. Rodzaj Konkursu: otwarty.
- 2. Forma składania ofert: pisemna.
- 3. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty, zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny ofert:
  - a) **Cena – 50 %**

**b) Jakość – 25 %**

**c) Terminowość – 25 %**

4. *Udzielający Zamówienia* dokona wyboru oferty jako najkorzystniejszej, która uzyskała największą łączną ilość punktów.

5. Maksymalna łączna ilość punktów do uzyskania wynosi 100.

6. *Udzielający Zamówienia* nie dopuszcza składania ofert częściowych.

#### **VII.OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie i podpisana przez osobę/osoby uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu *Oferenta*.

2. Oferta winna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności, tzn. każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania *Oferenta* na zewnątrz.

3. Oferta powinna zawierać cenę udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia, wyrażoną w złotych polskich brutto z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

4. Koszt świadczenia zdrowotnego winien być wyrażony w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku i zawierać wszystkie opłaty związane z jego wykonaniem.

5. Wszystkie miejsca, w których *Oferent* naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

6. *Oferent* winien zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która będzie zaadresowana na *Udzielającego Zamówienia*. Koperta powinna ponadto posiadać następujące oznaczenie:

**„Konkurs Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań TK ,  
MR, RTG oraz Mammografii drogą teleradiologii Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
przy ul. Bialskiej 104/118  
nie otwierać przed terminem otwarcia ofert,  
tj.: do dnia 28.06.2024r., do godz. 11:30 - postępowanie nr KO/63/2024”  
z podaniem nazwy i adresu *Oferenta*.**

7. Poza oznaczeniami podanymi powyżej koperta powinna zawierać nazwę i adres *Oferenta*, aby można było odesłać ofertę w przypadku stwierdzenia, że została złożona po upływie wyznaczonego terminu.

8. *Oferent* nie może wycofać oferty po upływie terminu do składania ofert.

9. *Oferent* ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

## **VIII. INFORMACJE O OFERCIE**

### **1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty *Przyjmującego Zamówienie*:**

- a. Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią Ogłoszenia, Regulaminem Konkursu Ofert oraz wzorem Umowy oraz uzupełnieniem niniejszej umowy, tj.: Umową powierzenia przetwarzania danych osobowych i ich akceptacji,
- b. Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
- c. Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: CEIDG lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wydrukowane nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
- d. Wykaz personelu lekarskiego wskazujący na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji, tj.: specjalizację I st. w dziedzinie rentgenodiagnostyki, radiologii lub radiodiagnostyki lub specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie rentgenodiagnostyki, radiologii, radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej – **w przypadku badań radiograficznych** – zgodnie z załącznikiem do formularza ofertowego
- e. Wykaz personelu lekarskiego wskazujący na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji, tj.: specjalizację II st. lub tytuł specjalisty w dziedzinie rentgenodiagnostyki, radiologii, radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej – **w przypadku badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego** – zgodnie z załącznikiem do formularza ofertowego.
- f. Wykaz personelu lekarskiego, o którym mowa w pkt. d oraz e, zawierający informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających określone świadczenia zdrowotne, będzie aktualizowany przez *Przyjmującego Zamówienie* każdorazowo w przypadku wystąpienia zmiany składu personalnego.
- g. Oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,
- h. Poświadczenia w zakresie: braku nałożonych kar umownych, potwierdzenia braku błędów przy opisywaniu zdjęć oraz braku rozwiązania umowy z przyczyn leżących po stronie *Przyjmującego Zamówienie* – dodatkowo oceniane (kryterium oceny ofert – „Jakość”),
- i. Poświadczenia w zakresie terminowego wywiązywania się z realizacji zamówienia – dodatkowo oceniane (kryterium oceny ofert „Terminowość”),

- j. Oferowaną kwotę należności za realizację zamówienia, z podaniem wartości oferty w złotych polskich brutto z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku,
- k. Polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

*Oferent*, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez *Udzielającego Zamówienia*. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.

2. Brak choćby jednego z wymaganych dokumentów mających potwierdzić wiarygodność *Przyjmującego Zamówienie* lub złożenie dokumentów w niewłaściwej formie (np. kserokopie niepotwierdzone „za zgodność z oryginałem”, brak podpisu osoby uprawnionej do reprezentowania *Przyjmującego Zamówienia* stanowi podstawę wezwania oferenta przez Komisję do usunięcia braków w wyznaczonym terminie, pod rygorem odrzucenia oferty.
3. Oferta może zostać odrzucona także w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 146).
4. Formularz ofertowy stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

## **IX. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ ZAMAWIAJĄCY PRZY WYBORZE OFERTY**

1. Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.
2. W pierwszej kolejności sprawdzeniu będzie podlegało spełnienie przez *Oferentów* warunków formalnych.
3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejszą ofertę dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Oferty oceniane będą na podstawie niżej wymienionych kryterium oceny ofert:

### **1) Cena – 50%**

Maksymalna liczba punktów do uzyskania wynosi 50 i będzie obliczana wg wzoru:

Cena najniższa spośród ocenianych ofert

Wartość punktowa =  $\frac{\text{-----}}{\text{Cena badanej oferty}} \times 50$

## 2) Jakość – 25%

Maksymalna liczba punktów do uzyskania wynosi 25 i będzie obliczona na podstawie przedstawienia do oferty niżej wymienionych dokumentów:

- a) co najmniej 5 poświadczeń w zakresie: braku nałożonych kar umownych, braku stwierdzonych błędów przy opisywaniu zdjęć oraz braku rozwiązania umowy z przyczyn leżących po stronie *Przyjmującego Zamówienie* – 25 pkt.
- b) mniej niż 5 poświadczeń w zakresie: braku nałożonych kar umownych, braku stwierdzonych błędów przy opisywaniu zdjęć oraz braku rozwiązania umowy z przyczyn leżących po stronie *Przyjmującego Zamówienie* – 10 pkt.
- c) brak w/w poświadczeń - 0 pkt.

## 3) Terminowość – 25%

Maksymalna liczba punktów do uzyskania wynosi 25 i będzie obliczona na podstawie przedstawienia do oferty niżej wymienionych dokumentów:

- a) co najmniej 5 poświadczeń w zakresie terminowego wywiązywania się z realizacji zamówienia – 25 pkt.
- b) mniej niż 5 poświadczeń w zakresie terminowego wywiązywania się z realizacji zamówienia – 10 pkt.
- c) brak w/w poświadczeń - 0 pkt.

5. Jako najkorzystniejsza zostanie wybrana oferta, która uzyska największą łączną liczbę punktów. Maksymalna łączna liczba punktów do uzyskania wynosi 100.

6. Oferowane ceny jednostkowe wyrażone w złotych polskich brutto, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku wskazane w ofercie, powinny zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.

7. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, *Udzielający Zamówienia* może przyjąć tę ofertę, jeżeli Komisja Konkursowa stwierdzi, że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

8. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie cen zaoferowanych przez *Przyjmującego Zamówienie* w przypadku złożenia dwóch lub więcej równorzędnych ofert.

## **X. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI**

1. *Oferent* może zwracać się do *Udzielającego Zamówienia* odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Regulaminu Konkursu Ofert kierując swoje zapytania najpóźniej na 2 dni przed terminem składania ofert na adres *Udzielającego Zamówienia* tylko na piśmie lub pocztą elektroniczną (jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl); kontakt od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. Pytania, które wpłyną do *Udzielającego Zamówienia* po godz. 14.00, traktowane są jakby wpłynęły w dniu następnym. Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. Na pytania, które wpłyną po terminie, *Udzielający Zamówienia* nie ma obowiązku odpowiadać.
2. Pisemne odpowiedzi *Udzielający Zamówienia* umieszcza na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy.
3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.
4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim potencjalnym *Oferentom* w formie wskazanej w pkt. X, ppkt. 2 i będzie dla nich wiążąca.
5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

## **XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**

**im. Najświętszej Maryi Panny**

**42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118,**

**Kancelaria pok. 3.42 (II piętro) Pawilon D;**

**Termin składania ofert: 28.06.2024r. do godz. 11:00**

**Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona *Oferentowi* bez otwierania.**

## **XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

*Oferent* jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

## **XIII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT I ICH OCENY**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **28.06.2023r. o godz. 11:30** w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* – Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, **Pawilon D, II piętro pok. 3.02.**
2. Komisja Konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje następujących czynności:

- a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę złożonych ofert;
- b) otwiera koperty z ofertami;
- c) ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu;
- d) odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom konkursu;
- e) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez *Oferentów*;
- f) dokonuje analizy ofert i wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert;
- g) ogłasza nazwę *Oferenta*, którego oferta została wybrana.

3. W toku dokonywania oceny złożonych ofert *Udzielający Zamówienia* może żądać udzielenia przez *Przyjmującego Zamówienie* wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.

4. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.

5. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi *Oferentów* o zakończeniu konkursu i jego wyniku na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienia*: [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce *konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych*.

#### **XIV. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE.**

1. *Udzielający Zamówienia* zobowiązany jest zawrzeć w terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert z *Oferentem*, którego oferta jako najkorzystniejsza została wybrana przez Komisję Konkursową, umowę na udzielenie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania o treści stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu oraz uzupełnienie niniejszej umowy, tj.: umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

2. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo prowadzenia negocjacji w sprawie warunków umowy.

3. W przypadku, gdy umowa na świadczenia zdrowotne nie zostanie zawarta z winy *Oferenta* wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody wg uregulowań zawartych w Kodeksie Cywilnym.

4. Wybrany *Oferent* będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą przepisami szczegółowymi oraz podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz. 146) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z NFZ.

5. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do osobistego świadczenia usług, będących przedmiotem konkursu i nie może powierzyć ich wykonywania osobom (podmiotom) trzecim bez zgody *Udzielającego Zamówienia*.

## **XV. PROTESTY I ODWOŁANIA**

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnej objętych przedmiotem niniejszego postępowania ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienia* – Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

## **XVI. TRYB POSTĘPOWANIA**

Postępowanie prowadzone zgodnie z przepisami:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz. 799);
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 146).

p.o. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
lek. Marcin Pakulski

**FORMULARZ OFERTOWY - KO/63/2024**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań TK, MR, RTG  
oraz Mammografii drogą teleradiologii dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
przy ul. Bialskiej 104/118**

**NAZWA OFERENTA**

.....

**ADRES:**

ulica ..... nr .....

Kod pocztowy : ..... Miejscowość: .....

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność  
leczniczą

.....

Nr wpisu do rejestru/Nr Księgi Rejestrowej .....

.....

**NIP** .....

**REGON** .....

**KRS** .....

**Nr konta bankowego** .....

**Telefon kontaktowy:** .....

**Adres e-mail:** .....

- 1) Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.
- 2) Przedmiotem oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań **TK, MR, RTG i Mammografii** drogą teleradiologii dla potrzeb **Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.**
- 3) Termin świadczenia usług: **od dnia zawarcia umowy na okres 5 miesięcy.**

4) Oferuję wykonanie zamówienia za niżej wymienioną cenę:

## REZONANS MAGNETYCZNY

OPISY BADAŃ MR – TRYB PLANOWY DO 6 DNI ROBOCZYCH					
<b>REZONANS MAGNETYCZNY</b>	<b>Oznaczenie określonej grupy badań</b>	<b>Okolica anatomiczna</b>	<b>Liczba badań</b> (prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy )	<b>Cena brutto*</b> w złotych za 1 obszar anatomiczny	<b>Wartość brutto w złotych</b>
	<b>A</b>	Głowa, angio głowy, angio szyi, jeden odcinek kręgosłupa, przysadka, oczodoły, zatoki	487		
	<b>B</b>	Stawy, kości, jama brzuszna, cholangiografia, gruczoł krokowy (PI-RADS), miednica, twarzoczaszka (szyja nadgnykowa), szyja podgnykowa	487		
	<b>C</b>	Piersi	10		
	<b>D</b>	Pozostałe nie uwzględnione w grupach: A,B,C	50		
OPISY BADAŃ MR – TRYB PLANOWY DO 6 DNI ROBOCZYCH – ONKOLOGICZNE					
<b>REZONANS MAGNETYCZNY</b>	<b>Oznaczenie określonej grupy badań</b>	<b>Okolica anatomiczna</b>	<b>Liczba badań</b> (prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy )	<b>Cena brutto*</b> w złotych za 1 obszar anatomiczny	<b>Wartość brutto w złotych</b>
	<b>A</b>	Głowa, angio głowy, angio szyi, jeden odcinek kręgosłupa, przysadka, oczodoły, zatoki	200		
	<b>B</b>	Stawy, kości, jama brzuszna, cholangiografia, gruczoł krokowy (PI-RADS), miednica, twarzoczaszka (szyja nadgnykowa), szyja podgnykowa	300		
	<b>C</b>	Piersi	10		
	<b>D</b>	Pozostałe nie uwzględnione w grupach: A,B,C	10		

<b>OPISY BADAŃ MR – TRYB PILNY DO 2 DNI ROBOCZNYCH</b>					
<b>REZONANS MAGNETYCZNY</b>	<b>Oznaczenie określonej grupy badań</b>	<b>Okolica anatomiczna</b>	<b>Liczba badań</b> (prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy )	<b>Cena brutto*</b> w złotych za 1 obszar anatomiczny	<b>Wartość brutto w złotych</b>
	<b>A</b>	Głowa, angio głowy, angio szyi, jeden odcinek kręgosłupa, przysadka, oczodoły, zatoki	150		
	<b>B</b>	Stawy, kości, jama brzuszna, cholangiografia, gruczoł krokowy (PI-RADS), miednica, twarzoczaszka (szyja nadgnykowa), szyja podgnykowa	200		
	<b>C</b>	Piersi	10		
<b>D</b>	Pozostałe nie uwzględnione w grupach: A,B,C	10			
<b>OPISY BADAŃ MR – TRYB PILNY DO 2 DNI ROBOCZNYCH- ONKOLOGICZNE</b>					
<b>REZONANS MAGNETYCZNY</b>	<b>Oznaczenie określonej grupy badań</b>	<b>Okolica anatomiczna</b>	<b>Liczba badań</b> (prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy )	<b>Cena brutto*</b> w złotych za 1 obszar anatomiczny	<b>Wartość brutto w złotych</b>
	<b>A</b>	Głowa, angio głowy, angio szyi, jeden odcinek kręgosłupa, przysadka, oczodoły, zatoki	200		
	<b>B</b>	Stawy, kości, jama brzuszna, cholangiografia, gruczoł krokowy (PI-RADS), miednica, twarzoczaszka (szyja nadgnykowa), szyja podgnykowa	250		
	<b>C</b>	Piersi	10		
<b>D</b>	Pozostałe nie uwzględnione w grupach: A, B, C	10			

<b>OPISY BADAŃ MR – TRYB CITO - do 2 godzin</b>					
<b>REZONANS MAGNETYCZNY</b>	<b>Oznaczenie określonej grupy badań</b>	<b>Okolica anatomiczna</b>	<b>Liczba badań</b> (prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy )	<b>Cena brutto*</b> w złotych za 1 obszar anatomiczny	<b>Wartość brutto w złotych</b>
	<b>A</b>	Głowa, angio głowy, angio szyi, jeden odcinek kręgosłupa, przysadka, oczodoły, zatoki	100		
	<b>B</b>	Stawy, kości, jama brzuszna, cholangiografia, gruczoł krokowy (PI-RADS), miednica, twarzoczaszka (szyja nadgnykowa), szyja podgnykowa	150		
	<b>C</b>	Piersi	10		
	<b>D</b>	Pozostałe nie uwzględnione w grupach: A,B,C	10		

### **TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA**

<b>OPISY BADAŃ TK – TRYB PLANOWY DO 6 DNI ROBOCZYCH</b>					
<b>TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA</b>	<b>Oznaczenie określonej grupy badań</b>	<b>Okolica anatomiczna</b>	<b>Liczba badań</b> (prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy )	<b>Cena brutto*</b> w złotych za 1 obszar anatomiczny	<b>Wartość brutto w złotych</b>
	<b>A</b>	Głowa, kręgosłup, zatoki, oczodoły	150		
	<b>B</b>	Jama brzuszna, miednica mała, klatka piersiowa, kości, stawy	500		
	<b>C</b>	Twarzoczaszka (szyja nadgnykowa), szyja podgnykowa, angio/veno, pozostałe	150		
	<b>D</b>	Pozostałe nie uwzględnione w grupach: A,B,C	50		

**OPISY BADAŃ TK – TRYB PLANOWY DO 6 DNI ROBOCZYCH – ONKOLOGICZNE**

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	Oznaczenie określonej grupy badań	Okolica anatomiczna	Liczba badań (prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy )	Cena brutto* w złotych za 1 obszar anatomiczny	Wartość brutto w złotych
	A	Głowa, kręgosłup, zatoki, oczodoły	100		
	B	Jama brzuszna, miednica mała, klatka piersiowa, kości, stawy	150		
	C	Twarzoczaszka (szyja nadgnykowa), szyja podgnykowa, angio/veno, pozostałe	50		
	D	Pozostałe nie uwzględnione w grupach: A,B,C	10		

**OPISY BADAŃ TK – TRYB PILNY DO 2 DNI ROBOCZYCH**

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	Oznaczenie określonej grupy badań	Okolica anatomiczna	Liczba badań (prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy )	Cena brutto* w złotych za 1 obszar anatomiczny	Wartość brutto w złotych
	A	Głowa, kręgosłup, zatoki, oczodoły	50		
	B	Jama brzuszna, miednica mała, klatka piersiowa, kości, stawy	100		
	C	Twarzoczaszka (szyja nadgnykowa), szyja podgnykowa, angio/veno, pozostałe	50		
	D	Pozostałe nie uwzględnione w grupach: A,B,C	10		

**OPISY BADAŃ TK – TRYB PILNY DO 2 DNI ROBOCZYCH- ONKOLOGICZNE**

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	Oznaczenie określonej grupy badań	Okolica anatomiczna	Liczba badań (prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy )	Cena brutto* w złotych za 1 obszar anatomiczny	Wartość brutto w złotych
	<b>A</b>	Głowa, kręgosłup, zatoki, oczodoły	50		
	<b>B</b>	Jama brzuszna, miednica mała, klatka piersiowa, kości, stawy	175		
	<b>C</b>	Twarzoczaszka (szyja nadgnykowa), szyja podgnykowa, angio/veno, pozostałe	20		
	<b>D</b>	Pozostałe nie uwzględnione w grupach: A,B,C	10		

**OPISY BADAŃ TK – TRYB CITO – do 2 godzin**

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	Oznaczenie określonej grupy badań	Okolica anatomiczna	Liczba badań (prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy )	Cena brutto* w złotych za 1 obszar anatomiczny	Wartość brutto w złotych
	<b>A</b>	Głowa, kręgosłup, zatoki, oczodoły	100		
	<b>B</b>	Jama brzuszna, miednica mała, klatka piersiowa, kości, stawy	150		
	<b>C</b>	Twarzoczaszka (szyja nadgnykowa), szyja podgnykowa, angio/veno, pozostałe	10		
	<b>D</b>	Pozostałe nie uwzględnione w grupach: A,B,C	10		

## MAMMOGRAFIA TRYB PLANOWY DO 14 DNI ROBOCZYCH

Okolica anatomiczna	Liczba badań (prognozowana liczba badań w okresie obowiązania umowy )	Cena brutto* w złotych za 1 obszar anatomiczny	Wartość brutto w złotych
Piersi	200		

## BADANIA RTG - TRYB CITO DO 2 GODZIN

	Liczba badań (prognozowana liczba badań w okresie obowiązania umowy )	Cena brutto* w złotych za opis 1 okolicy anatomicznej	Wartość brutto w złotych
Badania RTG	500		

## INTEGRACJA, WDROŻENIE, INSTALACJA - opłata jednorazowa\*

	Ilość	Cena brutto* w złotych	Wartość brutto w złotych
Integracja, wdrożenie, instalacja	1 komplet		

*\*nie dotyczy Oferenta realizującego umowę dla Udzielającego zamówienia do dnia 30.06.2024r.. Wartości brutto w złotych, określonej dla integracji, wdrożenia, instalacji nie wlicza się do wartości oferty. Udzielający zamówienia porównuje ceny oferty wyłącznie za opisy badań.*

RAZEM WARTOŚĆ OFERTY: ..... SŁOWNIE ZŁOTYCH:

.....  
.....  
.....

**\* zaoferowana cena przez Oferenta nie ulegnie podwyższeniu przez cały okres obowiązywania umowy.**

**Udzielający zamówienia zastrzega, że ilości badań wskazanych w powyższej tabeli mają charakter szacunkowy i zostały przyjęte dla porównania ofert. Udzielający zamówienia ma prawo do niezrealizowania umowy w pełnym zakresie. Ilości badań mogą ulegać zmianie w zależności od faktycznych potrzeb Udzielającego zamówienia, na co Przyjmujący zamówienie wyrażą zgodę i nie będzie dochodził roszczeń z tytułu zmian ilościowych w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia.**

**Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do niezlecania Przyjmującemu zamówienie opisu badań w każdym miesiącu obowiązywania umowy. Liczba zleconych badań w poszczególnych miesiącach może być różna i uzależniona od potrzeb Udzielającego zamówienia.**

**Udzielający zamówienia zastrzega, że w okresie obowiązywania przedmiotowej umowy może zlecać do opisu dowolny rodzaj badań.**

**Do oferty dołączam wymagane dokumenty:**

- a) wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj.: wydruk Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę lub Okręgową Izbę Lekarską, wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;
- b) wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej (CEIDG), potwierdzający aktywny status prowadzonej działalności gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
- c) wykaz personelu lekarskiego wskazujące na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji, tj.: specjalizację I st. w dziedzinie rentgenodiagnostyki, radiologii lub radiodiagnostyki lub specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie rentgenodiagnostyki, radiologii, radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej – w przypadku badań radiograficznych – zgodnie z **załącznikiem nr 1** do formularza ofertowego,
- d) wykaz personelu lekarskiego wskazujący na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji, tj.: specjalizację II st. lub tytuł specjalisty w dziedzinie rentgenodiagnostyki, radiologii, radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej – w przypadku badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego – zgodnie z **załącznikiem nr 1** do formularza ofertowego,
- e) wykaz personelu lekarskiego, zawierający informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających określone świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem niniejszego zamówienia, wg wzoru stanowiącego **załącznik nr 1** do formularza ofertowego, będzie aktualizowany przez *Przyjmującego Zamówienie* każdorazowo w przypadku zmiany składu personalnego.
- f) poświadczenia w zakresie: braku nałożonych kar umownych, potwierdzenia braku błędów przy opisywaniu zdjęć oraz braku rozwiązania umowy z przyczyn leżących po stronie *Przyjmującego Zamówienie* – dodatkowo oceniane (kryterium oceny ofert – „Jakość”),
- g) poświadczenia w zakresie terminowego wywiązywania się z realizacji zamówienia – dodatkowo oceniane (kryterium oceny ofert - „Terminowość”),
- h) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 2** do Formularza Ofertowego,
- i) polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

*Oferent*, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez *Udzielającego zamówienia*. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.

**Jednocześnie oświadczam, że:**

- a)** Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, którą akceptuję.
- b)** Zapoznałem się z treścią „Regulaminu konkursu ofert”, którą akceptuję.
- c)** Zapoznałem się z treścią umowy oraz uzupełnieniem umowy, tj.: umową powierzenia przetwarzania danych osobowych, których treść akceptuję.
- d)** Uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie konkursu ofert, tj.: 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
- e)** Oświadczam, że posiadam wszelkie kwalifikacje wymagane prawem do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie zgodnym z przedmiotem niniejszego postępowania.
- f)** Oświadczam, że spełniam warunki Regulaminu Konkursu Ofert i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
- g)** Oświadczam, że zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert projekty umów zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach, w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.
- h)** Oświadczam, że zaoferowane ceny nie ulegną podwyższeniu przez cały okres obowiązywania umowy.
- i)** Oświadczam, że w przypadku gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

.....  
Miejscowość, data

.....  
*Podpis i pieczęć Oferenta*



