



OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

Katowice, dnia 17.01.2023r.

Znak sprawy: OPO/02/K/2023

Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert

na

„Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań przy użyciu tomografu komputerowego i rezonansu magnetycznego na rzecz pacjentów Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach - s.p.z.o.z. wraz z dzierżawą pomieszczeń na okres 3 lat”

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022r. poz. 2561 ze zm.) oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 1285 ze zm.) oraz zgodnie z Uchwałą nr 686/326/VI/2020 z dnia 20.04.2022 r. Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.06.2018r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach - s.p.z.o.z. umowy dzierżawy pomieszczeń, na czas oznaczony 3 lat, z przeznaczeniem na prowadzenie Pracowni tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.

Zatwierdził
Dyrektor Adam Trzebinczyk

Dyrektor
Okręgowego Szpitala Kolejowego
w Katowicach s.p.z.o.z.

Adam Trzebinczyk



OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612

 **Śląskie.**
Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

I. ZAMAWIAJĄCY - UDZIELAJĄCY ZAMOWIENIA

Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach - s.p.z.o.z.
ul. Panewnicka 65, 40-760 Katowice
tel.: 32 605-35-00 / faks: 32 605-35-08
strona internetowa: www.kolejowy.katowice.pl
e-mail: zamowienia_publiczne@kolejowy.katowice.pl

II. TRYB POSTĘPOWANIA

Konkurs Ofert prowadzony jest w oparciu o przepisy:

- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.),
- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 1285ze zm.),
- zgodnie z Uchwałą nr 686/326/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 20.04.2022r w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach - s.p.z.o.z. umowy dzierżawy pomieszczeń, na czas oznaczony 3 lat, z przeznaczeniem na prowadzenie Pracowni tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.


III. PRZEDMIOT ZAMOWIENIA

1. Przedmiotem Konkursu Ofert jest udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych w zakresie:
 - a) badań przy użyciu tomografu komputerowego,
 - b) badań przy użyciu rezonansu magnetycznego.
2. Zakres badań wraz z szacunkowymi ilościami określa Załącznik nr 2 do SWKO.
3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia określono w Formularzu cenowym - Załącznik nr 2 do SWKO oraz w Projekcie umowy- Załącznik nr 5 oraz Załącznik nr 6 do SWKO.
4. Wykonywanie badań (Załącznik nr 2 do SWKO) następować będzie w pomieszczeniach wydzielonych przez Udzielającego Zamówienia/ Wydierżawiającemu.
5. Udzielający Zamówienia/Wydierżawiający udostępni pomieszczenia o łącznej powierzchni użytkowej **379,80 m²** wg Załącznika nr 4 do SWKO.
6. Pomieszczenia o łącznej powierzchni użytkowej **379,80 m²** zlokalizowane są na parterze Bloku diagnostycznego Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach - s.p.z.o.z. przy ul. Panewnickiej 65.
7. **Miesięczny czynsz za dzierżawę powierzchni** (wysokość czynszu stanowi iloczyn zaoferowanej w ofercie cenowej stawki za 1m² powierzchni (netto) oraz zaoferowanej ilości m² całkowitej powierzchni). Do kwoty czynszu należy doliczyć obowiązujący podatek VAT.

Minimalna stawka czynszu za 1m² dzierżawionej powierzchni (w stosunku miesięcznym)- wynosi:
70 zł (netto) = STAWKA WYWOLAWCZA.



OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612

**Śląskie.**
Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

Dodatkowe opłaty:

- a) Opłaty za zużycie wody zimnej i ścieków - zgodnie z cennikiem dostawców mediów i odczytem; legalizacja zamontowanych liczników w zakresie Oferenta.
 - b) Opłaty z tytułu wywozu odpadów komunalnych i medycznych Oferent poniesie we własnym zakresie i na własny koszt.
 - c) Koszty z tytułu poniesionych nakładów na modernizacji i remont.
8. Dzierżawca zobowiązany jest własnym staraniem i na własny koszt wykonać remont przedmiotu dzierżawy zgodnie z obowiązującymi przepisami. Zakres prac koniecznych do wykonania Dzierżawca zobowiązany jest uprzednio uzgodnić z Wydzierżawiającym, związanych z dostosowaniem pomieszczenia do celów prowadzenia działalności. Dzierżawca po zakończeniu umowy zobowiązuje się pozostawić lokal w stanie niepogorszonym ponad zużycie wynikające z normalnej eksploatacji.
9. Czynnosc za dzierżawę powierzchni oraz inne należne Wydzierżawiającemu opłaty płatne będą przez Oferenta z góry w terminie do 10-go dnia danego miesiąca kalendarzowego poprzedzającego miesiąc, za który następuje zapłata czynszu, na podstawie faktury wystawionej przez Oferenta do dnia 5-go danego miesiąca, przelewem na rachunek bankowy Wydzierżawiającego w Banku PEKAO S.A. 58 1240 1330 1111 0010 6347 7057. Za termin wpłaty przyjmuje się datę wpływu środków na rachunek bankowy Wydzierżawiającego.
10. Wydzierżawiający przewiduje waloryzację czynszu za dzierżawę w okresach rocznych w oparciu o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług publikowany w Monitorze Polskim w obwieszczeniu Prezesa GUS. Waloryzacja czynszu będzie wymagała podpisania aneksu do umowy.
11. Szczegółowe zasady realizacji zamówienia dot. dzierżawy zostały opisane w Projekcie umowy - *Załącznik nr 6 do SWKO.*
12. Udzielający Zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych. Oferta musi obejmować pełny zakres badań wymienionych w Części nr 1 oraz w Części nr 2 wg *Załącznika nr 2 do SWKO.*
13. Umożliwia się Oferentom dokonanie wizji lokalnej miejsca świadczenia usług, w celu pozyskania wszelkich danych mogących być przydatnymi do przygotowania oferty oraz realizacji i rozliczenia w/wym. świadczeni zdrowotnych.

IV. WYMAGANY TERMIN REALIZACJI

Termin realizacji zamówienia wynosi **3 lata tj. od dnia** do dnia

RP



OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

V. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW -PRZYJMUJĄCYCH ZAMOWIENIE

- 0 udzielenie świadczeń zdrowotnych mógł ubiegać się podmioty wykonujące działalność leczniczą lub osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022r. poz. 2561 ze zm.).
- 0 udzielenie świadczeń zdrowotnych mógł ubiegać się podmioty, które posiadają:
 - zarejestrowany w swojej strukturze zakład opieki zdrowotnej lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej nie krócej niż 5 lat,
 - minimum 5 - letnie doświadczenie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania - poparte stosownymi referencjami, dokumentami - *załączyć do oferty min. 3 referencje Podmiotów Leczniczych,*
 - Certyfikat na zgodność Systemu Zarządzania Jakości ISO 9001 - *załączyć do oferty,*
 - Certyfikat ISO 27001 -*załączyć do oferty*
- Wykonywanie badań, które zostały określone w *Załączniku nr 2 do SWKO* odbywać się będzie w zależności od potrzeb Udzielającego Zamówienia.

VI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTY;

Termin związania ofertą: **30 dni** od upływu terminu składania ofert.

VII. ZAWARTOŚĆ OFERTY

Kompletna oferta powinna zawierać:

1. Wypełniony Formularz oferty - *Załącznik nr 1 do SWKO,*
2. Wypełniony Formularz cenowy- *Załącznik nr 2 do SWKO,*
3. Oświadczenie Oferenta ubiegającego się o udzielenie zamówienia - *Załącznik nr 3 do SWKO,*
4. Zaparafowane Projekty umów - *Załącznik nr 5 do SWKO oraz Załącznik nr 6 do SWKO,*
5. Referencje (min. 3) / dokumenty potwierdzające minimum 5 - letnie doświadczenie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania,
6. Kopie certyfikatów kontroli jakości oferowanych badań tj.
 - Certyfikaty na zgodność Systemu Zarządzania Jakości ISO 9001,
 - Certyfikat ISO 27001,
7. Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie tj. TK / MR do obrotu i użytkowania, zgodnie z przepisami określonymi w ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. (Dz. U. 2018, poz. 650).
8. Odpis wpisu do właściwego rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzony przez właściwy Urząd Wojewódzki albo wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej wygenerowany nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.



OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

9. Aktualne zaświadczenie właściwego Urzędu Skarbowego potwierdzającego, że Oferent nie zalega z opłacaniem podatków, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert lub innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem podatkowym w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.
10. Aktualne zaświadczenie właściwej terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego albo innego dokumentu potwierdzającego, że Oferent nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert lub innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.
11. Kopii polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej prowadzonej działalności leczniczej na warunkach określonych w art. 17 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2022r. poz. 2561 ze zm.)-polisa ważną w okresie realizacji usługi.
W przypadku, gdy okres ubezpieczenia nie obejmuje całego terminu realizacji usługi Oferent zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia w celu zapewnienia ciągłości w trakcie realizacji usługi.
12. Pełnomocnictwo /jeżeli dotyczy/ w przypadku ustanowienia pełnomocnika do reprezentowania Oferenta. Treść pełnomocnictwa powinna dokładnie określać zakres umocowania. Pełnomocnictwo należy złożyć w oryginale lub w formie kopii potwierdzonej notarialnie.
13. Umowa Konsorcjum /jeżeli dotyczy/.

Wszystkie kserokopie i odpisy dokumentów wymienionych powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby,; uprawnione/osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta i opatrzone pieczętą imienną identyfikującą tą osobą ;.

VIII. WARUNKI SKŁADANIA OFERT

1. Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę . Ofertę sporządza się w formie pisemnej.
2. Ofertę sporządza się pod rygorem nieważności, w języku polskim i w sposób czytelny.
3. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. Zaleca się,; aby wszystkie strony oferty były spięte w sposób zapobiegający możliwości dekompletacji oferty oraz aby każda kartka oferty była opatrzona kolejnym numerem.
5. Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być datowane i zaparafowane własnoręcznie przez osobę; uprawnioną / osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.
6. Zamawiający może zażądać przedstawienia oryginału dokumentu, którego kopia jest nieczytelna, bądź budzi wątpliwości co do jej zgodności z oryginałem.
7. Oferent może zwrócić się do Zamawiającego z wnioskiem o wyjaśnienie treści *SWKO*.
8. Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed wyznaczonym terminem składania ofert.

110



OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

9. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści *SWKO* wpłynie po upływie wyznaczonego terminu składania wniosku **tj. do 27.01.2023r.** tub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania.
10. Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku, o którym mowa w pkt 9.
11. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami Zamawiający przekazuje Oferentom, którym przekazał *SWKO*, bez ujawniania źródła zapytania oraz zamieszcza na stronie internetowej.
12. Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
13. Oferty należy złożyć w zamkniętej kopercie w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie, opisane w następujący sposób:

**Oferta na: „Udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie wykonywania badań przy użyciu
tomografu komputerowego i rezonansu magnetycznego na rzecz pacjentów
Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach - s.p.z.o.z.
wraz z dzierżawą pomieszczeń okres 3 lat”**

nr sprawy: OPO//02/K/2023

NIE OTWIERAC PRZED: 31 stycznia 2023 r. godz. 10.30

14. Osobami uprawnionymi do kontaktu z Oferentami w zakresie:
 - a) formalnym jest:
Mariola Sędłak -Dział organizacyjny – prawny , tel.: (32) 605-35-48, e-mail:
mstedlak@kolejow.katowice.pl
 - b) merytorycznym :
Dr .n.med. Dariusz Ciura -p. o .Dyrektora ds. Lecznictwa e-mail:sekretariat@kolejowy.pl
Beata Słomiany – Kierownik działu Technicznego tel.: (32) 605-35-00, e-mail :
bslomiany@kolejowy.katowice.pl

IX. MIEJSCE | TERMIN SKŁADANIA | OTWARCIA OFERT

1. Oferty należy składać w siedzibie Udzielającego Zamówienia: Sekretariat w terminie **do 31 stycznia do godz. 10.00.**
2. Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za oferty złożone w innym miejscu.
3. Oferty zostaną otwarte w siedzibie Udzielającego Zamówienia: Sala konferencyjna **w dniu 31 stycznia o godz. 10.30.**
4. Wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną przez siebie oferty wyłącznie przed terminem składania ofert i pod warunkiem, że przed upływem tego terminu Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty. Powiadomienie to musi być oznaczone słowami „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.



OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

X. OCENA OFERT

I. Zamawiający będzie oceniał oferty według następujących kryteriów:

Nazwa kryterium - waga [%]
I - Cena- 80%
2 - Wysokość zaoferowanego czynszu dzierżawnego - 20%

2. Punkty przyznawane za podane kryteria będą liczone według następujących wzorów:

I. Cena

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z formułą :

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

II. Wysokość zaoferowanego czynszu dzierżawnego

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z formułą:

$$\text{Wartość punktowa oferty} = \frac{\text{ofertowa wartość badana}}{\text{ofertowa wartość maksymalna}} \times 20 \text{ pkt.}$$

Przy ocenie ofert obowiązywać będą następujące zasady:

- oferty będą oceniane w odniesieniu do najkorzystniejszych warunków przedstawionych przez Oferentów w zakresie kryterium cena oraz wysokość zaoferowanego czynszu dzierżawnego,
- oferta wypełniająca w najwyższym stopniu wymagania określone w kryterium otrzyma maksymalną ilość punktów, pozostałym Oferentom spełniającym wymagania danego kryterium przypisana zostanie proporcjonalnie mniejsza ilość punktów,
- ocena końcowa oferty będzie sumą wartości punktowych uzyskanych z wszelkich przyjętych do oceny kryteriów.



OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

XI. KOMISJA KONKURSOWA

1. W celu przeprowadzenia postępowania konkursowego dla świadczeń określonych w opisie przedmiotu zamówienia powoływana jest Komisja konkursowa składająca się z co najmniej trzech członków i wyznacza spośród składu Przewodniczącego, Wiceprzewodniczącego oraz Protokolanta.
2. Komisja rozpoczyna pracę nie wcześniej niż po dokonaniu ogłoszenia i kończy pracę, z chwilą rozstrzygnięcia konkursu.
3. Członek Komisji konkursowej podlega wyliczeniu od udziału w pracach komisji Konkursowej z powodu:
 - a) członek Komisji konkursowej jest świadczeniodawcą ubiegającym się o zawarcie umowy;
 - b) pozostaje ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej lub w linii bocznej do drugiego stopnia;
 - c) jest związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkiem organów osób prawnych biorących udział w postępowaniu;
 - d) pozostaje ze świadczeniodawcą o którym mowa w pkt 1, w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości, co do ich bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje ich małżonek lub osoba, z której pozostają we wspólnym pożyciu, a w szczególności świadczeniodawca pozostaje wobec członka Komisji konkursowej w stosunku nadrzędności służbowej.
4. Zamawiający w sytuacji, o której mowa w ust. 3 dokonuje wyliczenia i może powołać nowego członka komisji konkursowej.


XII. ODRZUCENIE OFERTY

- I. Odrzuca się oferty:
 - a) Złożoną przez Oferenta po terminie,
 - b) Zawierającą 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 spełnia wymaganych warunków określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
 - h) złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego Zamówienia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.
2. W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja konkursowa wzywa Oferenta na wskazany przez Oferenta adres e-mail do uzupełnienia tych braków w wyznaczonym terminie nie dłuższym niż 2 dni, pod rygorem odrzucenia oferty.

Handwritten signature or mark.



OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612

 **Śląskie.**
Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

XIII. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

- I. Komisja konkursowa rozstrzyga o wynikach postępowania konkursowego w terminie do 14 dni od daty otwarcia ofert.
2. Wyniki konkursu uznaje się za obowiązujące po zatwierdzeniu przez Dyrektora Udzielającego Zamówienia.
3. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, Udzielający Zamówienia może ją przyjąć, jeżeli stwierdzi, że spełnia ona postawione wymagania.
4. Komisja konkursowa zawiadamia e-mailem Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku.
5. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie zamieszczone na tablicy ogłoszeń Udzielającego Zamówienia oraz na stronie internetowej www.kolejowy.katowice.pl.

XIV. ZASTRZEŻENIA UDZIELAJĄCEGO ZAMOWIENIA

- I. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania Konkursu Ofert na każdym etapie oraz do przesunięcia terminu składania i otwarcia ofert bez podania przyczyny.
2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający Zamówienia może zmodyfikować treść dokumentów składających się na Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert.
3. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Udzielający Zamówienia może przedłużyć termin składania i otwarcia ofert.
4. Wszelkie zmiany, modyfikacje dokonane w toku prowadzonego postępowania zostaną zamieszczone na stronie internetowej www.kolejowy.katowice.pl.
5. Wszystkie oświadczenia, wnioski oraz zawiadomienia Udzielający Zamówienia oraz Oferenci przekazują pisemnie.

XV. UNIEWAZNIENIE KONKURSU

- I. Udzielający Zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
 - a) nie wpłynęła żadna oferta,
 - b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu z zastrzeżeniem, że komisja może przyjąć tylko oferty, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs nie wpłynie więcej ofert,
 - c) odrzucono wszystkie oferty,
 - d) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienia przeznaczył na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu,
 - e) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.





OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

XVI. ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego Zamówienia zasad przeprowadzania konkursu przysługują środki odwoławcze.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - a) wybór trybu postępowania,
 - b) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy,
 - c) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

PROTEST

1. W toku postępowania, do czasu zakończenia postępowania Oferent może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni od dnia dokonania zaskarżonej czynności. Do czasu rozstrzygnięcia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
2. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
3. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
4. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu Udzielający Zamówienie niezwłocznie umieszcza na stronie internetowej i na tablicy ogłoszeń.
5. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność.

ODWOŁANIE

1. Po ogłoszeniu rozstrzygnięcia konkursu Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Udzielającego Zamówienia w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu.
2. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
3. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od daty jego otrzymania.
4. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia. Decyzja Dyrektora Udzielającego Zamówienia jest ostateczna.

XVII. POSTANOWIENIA KONCOWE

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018r. poz. 160 z późn. zm.)

XVIII. INTEGRALNE ZAŁĄCZNIKI

1. Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy
2. Załącznik nr 2 - Formularz cenowy
3. Załącznik nr 3 - Oświadczenie Oferenta
4. Załącznik nr 4 - Wykaz pomieszczeń - Rzut parteru bloku diagnostycznego Szpitala
5. Załącznik nr 5 - Projekt umowy - świadczenia zdrowotne



OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

6. Załącznik nr 6 - Projekt umowy - dzierżawa
7. Załącznik nr 7 - Projekt umowy- przetwarzanie danych osobowych i medycznych
8. Załącznik nr 8 - Protokół zdawczo-odbiorczy
9. Załącznik nr 9 - Wzór skierowania na badanie

Dział Organizacyjno-Prawny

Mariola Sędlak



www.kolejowy.katowice.pl



sekretariat@kolejowy.katowice.pl



[/oskolejowy](https://www.facebook.com/oskolejowy)



OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

II

FORMULARZ OFERTY

Dane dotyczące Oferenta:

Nazwa:

Siedziba:

Numer telefonu firmy :..... Numer Faxu firmy.....

Adres (kontaktowy) poczty elektronicznej:

Strona internetowa:

Numer NIP Numer REGON Numer KRS

Bank i numer konta

Osoba do kontaktu z Zamawiającym w toku postępowania konkursowego
....., tel. e-mail:

Osoba do kontaktu z Zamawiającym w toku realizacji umowy:
....., tel. e-mail:

Osoba/osoby upoważnione do podpisania umowy:
....., tel. e-mail:

Nawiązując do ogłoszonego Konkursu ofert na zadanie pn:

**„Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań przy użyciu tomografu komputerowego i rezonansu magnetycznego na rzecz pacjentów Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. wraz z dzierżawą pomieszczeń na okres 3 lat”
nr postępowania: OPO/02/K/2023**

CZĘŚĆ nr 1 – Badania przy użyciu TOMOGRAFU KOMPUTEROWEGO (TK)

1) Oferuję /my/ wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Wartość netto wynosi: zł
(słownie:)

VAT %

Wartość brutto (z VAT) wynosi: zł
(słownie:)

2) Oferuję /my/ **miesięczną stawkę czynszu dzierżawnego** za dzierżawę pomieszczeń zlokalizowanych na parterze bloku diagnostycznego Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. w wysokości: zł (netto). */podlega ocenie/*

Minimalna stawka czynszu za 1m² dzierżawionej powierzchni (w stosunku miesięcznym) – wynosi:
70 zł (netto) = STAWKA WYWOŁAWCZA

Miesięczna wartość czynszu netto - stawka czynszu netto za 1m² x m² (ilość zaoferowanych m²)
wynosi: zł

Miesięczna wartość czynszu brutto - stawka czynszu netto za 1m² x m² (ilość zaoferowanych m²)
wynosi: zł

CZEŚĆ nr 2 – Badania przy użyciu REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

1) Oferuję /my/ wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Wartość netto wynosi: zł
(słownie:)

VAT %

Wartość brutto (z VAT) wynosi: zł
(słownie:)

2) Oferuję /my/ **miesięczną stawkę czynszu dzierżawnego** za dzierżawę pomieszczeń zlokalizowanych na parterze bloku diagnostycznego Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. w wysokości: zł (netto). */podlega ocenie!*

Minimalna stawka czynszu za 1m² dzierżawionej powierzchni (w stosunku miesięcznym) – wynosi:
70 zł (netto) = STAWKA WYWOŁAWCZA.

Miesięczna wartość czynszu netto - stawka czynszu netto za 1m² x m² (ilość zaoferowanych m²)
wynosi: zł

Miesięczna wartość czynszu brutto - stawka czynszu netto za 1m² x m² (ilość zaoferowanych m²)
wynosi: zł

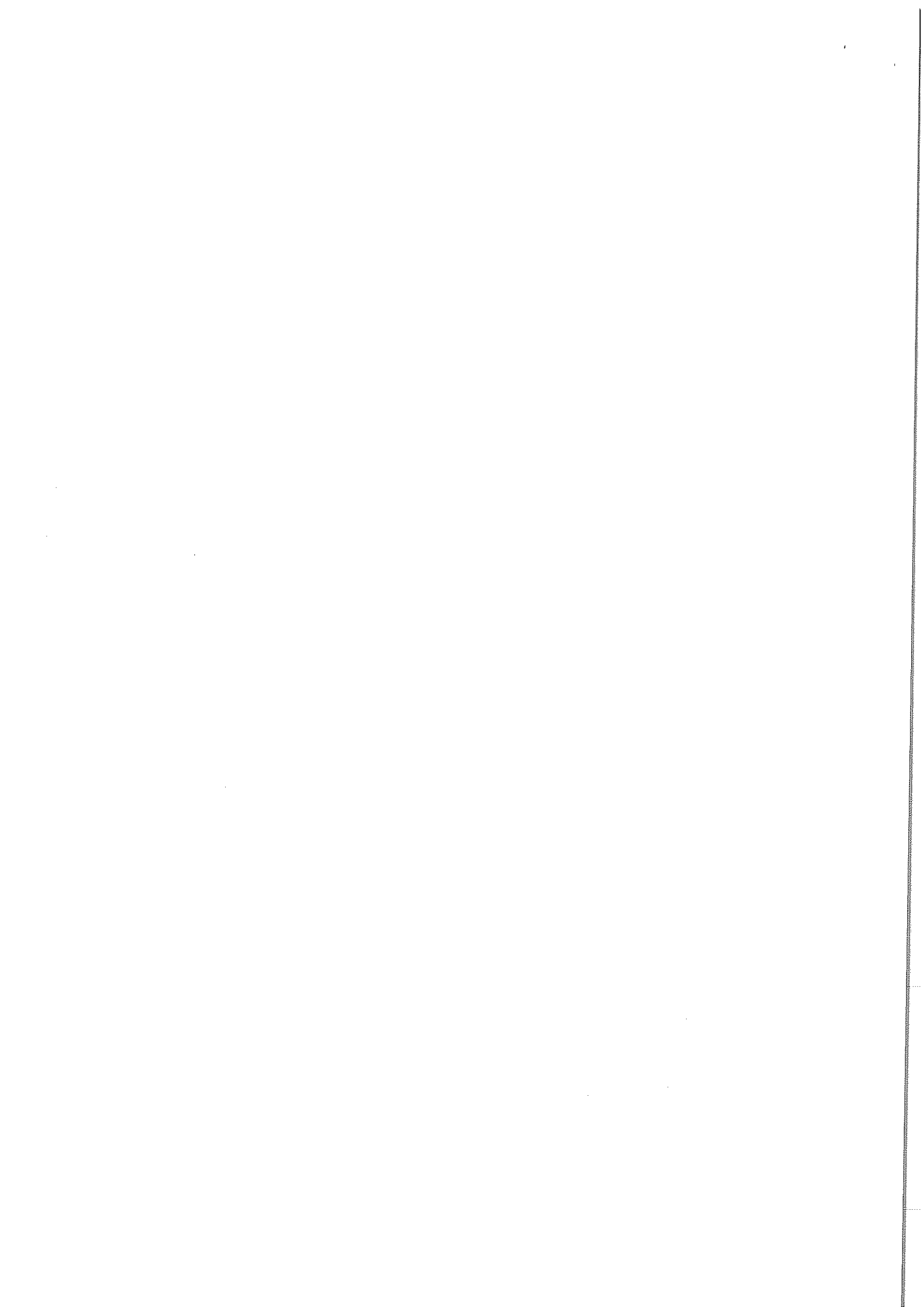
RAZEM wartość brutto BADAŃ (Część nr 1 + Część nr 2) na okres 3 lat wynosi:
Wartość brutto słownie:
RAZEM miesięczna wartość CZYNSZU (Część nr 1 + Część nr 2) wynosi:
Wartość netto słownie:
Wartość brutto słownie:

Oświadczam(-y) że:

- 1) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia.
- 2) Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
- 3) Oświadczamy, że akceptujemy zapisy Projektu umowy i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez *Udzielającego Zamówienia*.
- 4) Załącznikami do niniejszej oferty są:
 1. dokumenty, o których mowa w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
 2. inne
 -
 -

..... dnia

.....
*podpis / pieczęć osoby uprawnionej
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



FORMULARZ CENOWY

CZEŚĆ nr 1 - TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (TK)

lp	Nazwa badania	Jm.	Ilość max. na 3 lata	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Kwota VAT	Wartość brutto
1	TK angiografia	szt.	80					
2	TK głowy - bez środka kontrastowego	szt.	400					
3	TK głowy - bez środka kontrastowego z rekonstrukcjami	szt.	3					
4	TK głowy - ze środkiem kontrastowym / lub przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	250					
5	TK jamy brzusznej - bez środka kontrastowego	szt.	15					
6	TK jamy brzusznej - wielofazowe ze środkiem kontrastowym z rekonstrukcjami	szt.	5					
7	TK jamy brzusznej ze środkiem kontrastowym /lub przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	150					
8	TK kanału kręgowego - bez środka kontrastowego	szt.	10					
9	TK kanału kręgowego - bez środka kontrastowego z rekonstrukcjami	szt.	10					
10	TK klatki piersiowej i śródpiersia ze środkiem kontrastowym /lub przed i po podaniu środka kontrastowego /z rekonstrukcjami	szt.	3					

Załącznik nr 2 do SWKO
Załącznik nr 2 do Umowy

11	TK klatki piersiowej i śródpiersia ze środkiem kontrastowym /lub przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	3						
12	TK klatki piersiowej i śródpiersia bez środka kontrastowego	szt.	3						
13	TK miednicy małej - bez środka kontrastowego	szt.	10						
14	TK miednicy małej ze środkiem kontrastowym /lub przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	50						
15	TK miednicy małej - wielofazowe ze środkiem kontrastowym z rekonstrukcjami	szt.	3						
16	TK oczodołów - bez środka kontrastowego	szt.	25						
17	TK oczodołów - bez środka kontrastowego z rekonstrukcjami	szt.	3						
18	TK oczodołów - ze środkiem kontrastowym /lub przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	5						
19	TK badanie jednej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego z rekonstrukcjami	szt.	3						
20	TK badanie jednej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego	szt.	20						
21	TK badanie jednej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym	szt.	3						
22	TK badanie jednej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym /lub przed i po podaniu środka kontrastowego z rekonstrukcjami	szt.	3						
23	TK badanie jednej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym /lub przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	50						

Załącznik nr 2 do SWKO
Załącznik nr 2 do Umowy

24	TK badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych	szt.	60						
25	TK badanie wielofazowe	szt.	100						
26	TK badanie wielofazowe dwóch lub więcej okolic anatomicznych ze środkiem kontrastowym /lub przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	300						
27	TK badanie wielofazowe jednej okolicy z rekonstrukcjami	szt.	3						
RAZEM									

wartość netto słownie:

wartość brutto słownie:

CZEŚĆ nr 2 - REZONANS MAGNETYCZNY (MR)

lp	Nazwa badania	Jm.	Ilość max. na 3 lata	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Kwota VAT	Wartość brutto
28	MR angiografia - bez środka kontrastowego	szt.	15					
29	MR badanie dynamiczne głowy z programem dyfuzji	szt.	3					
30	MR cholangiografia - bez środka kontrastowego	szt.	25					
31	MR głowy - bez środka kontrastowego	szt.	6					

Załącznik nr 2 do SWKO
Załącznik nr 2 do Umowy

32	MR głowy - przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	60					
33	MR jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej wielofazowo	szt.	10					
34	MR kanału kręgowego i rdzenia - przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	10					
35	MR kanału kręgowego i rdzenia - bez środka kontrastowego	szt.	20					
36	MR miednicy - przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	50					
37	MR oczodołów - bez środka kontrastowego	szt.	10					
38	MR oczodołów - przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	50					
39	MR piramid kości skroniowych - przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	5					
40	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa - bez środka kontrastowego	szt.	3					
41	MR badanie jednej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego	szt.	3					
42	MR badanie jednej okolicy anatomicznej przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	6					
43	MR badanie kości - bez środka kontrastowego	szt.	3					
44	MR badanie pogranicza czaszkowo-szyjnego - bez środka kontrastowego	szt.	3					
45	MR badanie pogranicza czaszkowo-szyjnego - przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	3					

Załącznik nr 2 do SWKO
Załącznik nr 2 do Umowy

46	MR przysiadki mózgowej - przed i po podaniu środka kontrastowego	szt.	5				
RAZEM							

wartość netto słownie:

wartość brutto słownie:

RAZEM wartość brutto (Część nr 1 + Część nr 2) na okres 3 lat =

..... dnia

.....
 podpis osoby uprawnionej do składania
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

