



**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi**

ul. Północna 42 (42) 63 41 100 – Centrala
91-425 Łódź (42) 67 85 523 – Fax

www.szpital.lodz.pl
kontakt@zoz-mswia-lodz.pl



ZAPROSZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OFERTOWYM

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi zaprasza do wzięcia udziału w postępowaniu ofertowym.

I. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

Przedmiotem postępowania jest wykonywanie usług medycznych w zakresie badań obrazowych za pomocą rezonansu magnetycznego na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi – zgodnie z Załącznikiem nr 2.

II. DANE UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi, ul. Północna 42, 91-425 Łódź, NIP: 726-00-04-820, REGON: 470805076, Tel. (42) 63-41-112 / 262, e-mail. dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl

III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA oraz SZCZEGÓŁOWE WARUNKI REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- 1) Wykonywanie usług medycznych w zakresie badań obrazowych za pomocą rezonansu magnetycznego na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi – Załącznik nr 2 do niniejszego zaproszenia określa wykaz badań będących przedmiotem niniejszego postępowania.
- 2) Szacunkowa ilość zleconych badań, będących przedmiotem niniejszego postępowania, to ok. 100 sztuk w ciągu roku, przy czym ilość ta może ulec zmianie z uwagi na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi, a Przyjmującemu Zamówienie nie przysługuje prawo do roszczeń z tego tytułu.
- 3) Przedmiotowe świadczenia będą udzielane całodobowo, przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę, na terenie Miasta Łodzi.
- 4) Szczegółowy zakres przedmiotu zamówienia określa umowa stanowiąca załącznik numer 5 do niniejszych warunków szczegółowych.

IV. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Przedmiot zamówienia będzie realizowany przez Wykonawcę w okresie 24 miesięcy, tj. od 01.01.2025 r. do 31.12.2026 r.

V. WYMAGANIA W STOSUNKU DO PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

- 1) W postępowaniu mogą wziąć udział podmioty wykonujące działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z ustawą posiadające w zakresie działalności zgłoszonej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą działalność będącą przedmiotem zamówienia.
- 2) Przyjmujący zamówienie winien dysponować odpowiednią liczbą personelu o kwalifikacjach zawodowych koniecznych do właściwego wykonania badania będącego przedmiotem zamówienia, a wyniki badań będą autoryzowane przez osoby o odpowiednich w danym zakresie kwalifikacjach i uprawnieniach.
- 3) Przyjmujący zamówienie winien posiadać miejsce świadczenia usług, warunki lokalowe, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną jest zgodny z wymogami przewidzianymi przepisami prawa, w tym NFZ, które pozwolą na realizację pełnego zakresu zamówienia objętego przedmiotową umową.
- 4) Udzielający Zamówienia wymaga potwierdzenia przez Przyjmującego Zamówienie faktu posiadania aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC, której minimalna suma gwarancyjna jest zgodna z obowiązującymi przepisami prawa.

VI. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- 1) **Transport pacjentów hospitalizowanych, będzie realizowany zgodnie z zapisami Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym przez Przyjmującego Zamówienie.** Cena ofertowa musi być skalkulowana w ten sposób, że zawiera koszty transportu.
- 2) **Czas i miejsce przekazywania wyników** – Strony uzgodnią między sobą, z uwzględnieniem zapisów określonych w załączniku nr 2.
- 3) **Wymagany maksymalny czas wykonywania usług:**
 - pacjentów, których stan zdrowia zagraża życiu (CITO) – natychmiast po otrzymaniu zlecenia wykonania badania, ale nie dłużej niż 2 godziny;
 - pacjentów hospitalizowanych – w ciągu 24 godzin od otrzymania zlecenia wykonania badania;
 - pacjentów ambulatoryjnych – w możliwie najkrótszym czasie, jednak nie dłużej niż w ciągu 14 dni od otrzymania zlecenia wykonania badania;
 - pacjentów z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) – w ciągu 3 dni od otrzymania od Udzielającego Zamówienia zlecenia wykonania badania.

VII. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

- 1) Oferent wypełnia Załącznik nr 1 – Formularz Ofertowy.
- 2) Oferent wypełnia Załącznik nr 2 – Oferta cenowa.
- 3) Oferent wypełnia Załącznik nr 3 – Oświadczenie oferenta.
- 4) Oferent załącza Załącznik nr 4 – kopię polisy ubezpieczeniowej OC, o której mowa w pkt. V.
- 5) Oferent załącza Załącznik nr 5 – projekt umowy będącej wynikiem niniejszego postępowania, zatwierdzony podpisem Oferenta na każdej stronie.
- 6) Oferent załącza Załącznik nr 6 – aktualne zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru (KRS, CEIDG) oraz odpis z Księgi Rejestrowej Wojewody – **WYŁĄCZNIE** strona pierwsza i strona zawierająca informację o prowadzonej działalności w zakresie zgodnym z przedmiotem niniejszego postępowania.
- 7) Certyfikaty uczestnictwa, jeżeli Oferent nimi dysponuje, w zewnętrznych programach jakości badań dotyczące tylko badań będących przedmiotem niniejszego postępowania, potwierdzające prawidłowość i rzetelność wykonywanych badań oraz miarodajność wyników. Na kopii certyfikatu Oferent zobowiązany jest zaznaczyć numer badania zgodnie z Załącznikiem nr 2, których dany certyfikat dotyczy - Załącznik nr 7. W przypadku braku certyfikatów uczestnictwa w zewnętrznych programach jakości badań Udzielający Zamówienia zastrzega możliwość wglądu do dokumentacji zawierającej wyniki kontroli wewnętrznej Oferenta dotyczącej powyższych badań. Uzyskane oceny oraz wyniki powinny być na poziomie, który nie będzie wzbudzał wątpliwości w zakresie wykonania przez Oferenta przedmiotowych usług z należytą starannością i miarodajnym wynikiem.
- 8) Referencje dotyczące przedmiotu zamówienia - Załącznik nr 8.
- 9) Wykaz z określeniem:
 - a) liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń będących przedmiotem postępowania ofertowego (zbiorcze zestawienie). W toku badania i oceny ofert Udzielający Zamówienia może żądać od Oferenta złożenia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe przez osoby udzielające świadczeń.
 - b) warunków lokalowych oraz opisu sprzętu medycznego za pomocą którego wykonywane będzie świadczenie – zgodnie z obowiązującymi przepisami. – Załącznik nr 9.
- 10) Wszystkie dokumenty i załączniki muszą być podpisane lub potwierdzone za zgodność z oryginałem przez prawnego przedstawiciela firmy lub osobę upoważnioną (wtedy należy załączyć stosowne pełnomocnictwo).
- 11) Wszelkie zmiany lub poprawki w ofercie muszą być parafowane własnoręcznie.
- 12) Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.
- 13) Oferta winna być złożona w formie pisemnej, w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami.

VIII. KRYTERIA OCENY OFERT

- 1) Przy wyborze oferty Udzielający Zamówienia będzie kierował się kryterium ceny ofertowej i jego znaczeniem:

Cena ofertowa (tj. łączna wartość brutto) - 70 %

Cena min.

----- x waga kryterium, gdzie:

Cena oferty badanej

Cena min. – najniższa łączna wartość brutto spośród wszystkich ocenianych ofert.
Waga kryterium – 70 pkt.

Czas min. pacjentów, których stan zdrowia zagraża życiu (CITO)

----- x waga kryterium, gdzie:

Czas oferty badanej

Czas min. – najkrótszy czas spośród wszystkich ocenianych ofert.
Waga kryterium – 30 pkt.

- 2) Konkurs wygrywa Oferent, który zdobył najwyższą liczbę punktów w ramach pakietu.
- 3) W toku badania i oceny ofert Udzielający Zamówienia może żądać od Oferenta wyjaśnień dotyczących treści złożonej oferty.
- 4) W przypadku omyłek rachunkowych tj. wadliwego wyniku działania arytmetycznego oczywistym dla Zamawiającego będzie, iż cena jednostkowa brutto została podana prawidłowo.
- 5) W przypadku ofert równoważnych Zamawiający wybierze ofertę tego Wykonawcy, który zaoferuje najkrótszy czas realizacji badania (zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszych warunków). W pierwszej kolejności decydujący jest czas wykonywania usług pacjentów, których stan zdrowia zagraża życiu (CITO), następnie pacjentów hospitalizowanych, następnie pacjentów z kartą DİLO, a następnie pacjentów ambulatoryjnych.

IX. TERMIN I FORMA SKŁADANIA OFERT

- 1) Ofertę należy złożyć najpóźniej do dnia **12.11.2024 r. do godz. 12:00**.
- 2) Ofertę należy złożyć osobiście lub przesać pocztą/kurierem w oryginale do Kancelarii Szpitala od poniedziałku do piątku w godzinach 08:00-15:00 w terminie określonym w ust.1. W przypadku przesłania oferty drogą pocztową/kurierską liczy się data i godzina dostarczenia oferty do Kancelarii Szpitala.

X. SPOSÓB POROZUMIENIA SIĘ UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA I OFERENTÓW

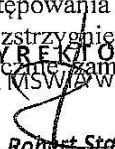
- 1) Oferent może zwrócić się do Udzielającego Zamówienia o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty.
- 2) W powyższym postępowaniu wyjaśnienia, oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający Zamówienia i Oferenci przekazują drogą elektroniczną.
- 3) Osobami upoważnionymi do kontaktu ze strony Udzielającego Zamówienia są pracownicy Działu Organizacji i Nadzoru SP ZOZ MSWiA w Łodzi, telefon: (42) 63-41-234, email: dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl
- 4) Pytania dotyczące postępowania ofertowego można składać za pomocą środków określonych w pkt. X.2 do dnia 06.11.2024 r. do godziny 14:00.
- 5) Udzielającego Zamówienia powiadomi przystępujące do postępowania firmy o wyniku postępowania drogą mailową niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.

XI. TERMIN ZWIĄZANIA Z OFERTĄ

Termin związania z ofertą wynosi 30 dni licząc od dnia następnego po ostatnim dniu terminu składania ofert.

- XII.** Prowadzone postępowanie nie stanowi przetargu w rozumieniu Kodeksu Cywilnego ani ustawy Prawo Zamówień Publicznych. Zleceniodawca nie jest zobligowany do wyboru jakiegokolwiek oferty, a złożenie ofert nie stanowi podstawy do występowania z jakimikolwiek roszczeniami wobec Zleceniodawcy ze strony podmiotu, który złożył ofertę.

- XIII.** SP ZOZ MSWiA w Łodzi zastrzega sobie prawo do zakończenia postępowania bez podania przyczyny oraz prawo do przesunięcia terminów składania, otwarcia i rozstrzygnięcia ofert. W przypadku wprowadzenia takiej zmiany, informacja o tym zostanie niezwłocznie zamieszczona na stronie internetowej Zamawiającego i będzie wiążąca dla stron.

DYREKTOR
SP ZOZ MSWiA w ŁODZI

dr n. med. Robert Starzec, MBA

Pieczęć z pełną nazwą Oferenta

**Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie badań obrazowych za pomocą rezonansu
magnetycznego na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi.**

Nazwa i adres Oferenta

Oferent wpisany do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy w

..... Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod
numerem

KRS

lub

CEIDG

Numer Księgi Rejestrowej Wojewody

posiadający NIP:, REGON:

Numer rachunku bankowego

Proces właściwej realizacji umowy, w tym rozliczeń w imieniu Przyjmującego Zamówienie nadzorować będzie

.....tel. adres mailowy

.....

Data i czytelny podpis Oferenta

Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

Oferowane świadczenia usług medycznych
w zakresie wykonywania

BADAŃ OBRAZOWYCH ZA POMOCĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Lp.	Rodzaj badania	Sprzęt wykorzystywany do wykonania badania	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Czas oczekiwania na badania	Czas oczekiwania na wynik
1	2	3	4	5	6	7
1.	Badanie podstawowe				CITO - (nie dłużej niż 2 godziny); Hospitalizowani – (nie dłużej niż 24 godziny); Ambulatoryjni – (nie dłużej niż 14 dni); Z kartą DILO – (nie dłużej niż 3 dni).	CITO i hospitalizowani – natychmiast po wykonaniu badania; Ambulatoryjni i karta DILO (max. 2 dni od wykonania badania. Odbiór wyników w dniach i godzinach ustalonych przez strony.
2.	Badanie z kontrastem				CITO - (nie dłużej niż 2 godziny); Hospitalizowani – (nie dłużej niż 24 godziny); Ambulatoryjni – (nie dłużej niż 14 dni); Z kartą DILO – (nie dłużej niż 3 dni).	CITO i hospitalizowani – natychmiast po wykonaniu badania; Ambulatoryjni i karta DILO (max. 2 dni od wykonania badania. Odbiór wyników w dniach i godzinach ustalonych przez strony.

Badania ambulatoryjne będą wykonywane:

w dniach.....

w godzinach: od do

Data i czytelny podpis Oferenta

Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że **spełniam warunki** określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
2. Oświadczam, że **zapoznałem się** z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że **nie wnoszę zastrzeżeń** do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w ww. projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że **zainteresowałem się** wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że **pozostanę związany** ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty **są zgodne** z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że **zobowiązuję się** do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymagana od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
8. Oświadczam, że **umowę będę realizował** zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami NFZ.
9. Oświadczam, że kwalifikacje personelu wykonującego świadczenie zdrowotne, aparatura, sprzęt medyczny oraz warunki lokalowe **są zgodne** z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami NFZ.
10. Oświadczam, że **dysponuję** odpowiednią liczbą personelu o kwalifikacjach zawodowych koniecznych do właściwego wykonania badań będących przedmiotem zamówienia, a wyniki badań będą autoryzowane przez osoby o odpowiednich w przedmiotowym zakresie kwalifikacjach i uprawnieniach.
11. Oświadczam, że **posiadam** odpowiednie miejsce świadczenia usług i warunki lokalowe, a sprzęt i aparatura medyczna jest zgodna z wymogami przewidzianymi przepisami prawa, które pozwolą na realizację pełnego zakresu zamówienia objętego umową.

Data i czytelny podpis Oferenta