

Udzielający Zamówienia:

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
41-800 Zabrze
ul. 3 Maja 13-15

Znak: DOP/11/2025/KONKURS

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (SWKO)

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE:
badań laboratoryjnych – 6 zadań:**

- zadanie nr 1 – badanie rearanżacji TCF3 metodą FISH
- zadanie nr 2 – badania laboratoryjne 9 pozycji.
- zadanie nr 3 – badania laboratoryjne 13 pozycji
- zadanie nr 4 – badania laboratoryjne 30 pozycji
- zadanie nr 5 – typowanie do gatunku i poszerzona lekooporność szczepów prątków atypowych (MOTT)
- zadanie nr 6 – badania laboratoryjne 4 pozycji

**Dział Organizacyjno-Prawny
Inspektor**

Agnieszka Uryszek

13.06.2025r.

Opracował: data, podpis

ZATWIERDZIŁ:

**Kierownik
Działu Organizacyjno-Prawnego**
mgr Agnieszka Kaszuba

Zabrze, dn. 13.06.2025r.

IN PRASAŁEK
Adca Prawny
Kt 2333

I. PODSTAWA PRAWNA:

1. Konkurs ofert prowadzony jest na zasadach określonych przez przepisy:
 - a. Ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2025, poz. 450, ze zm.) oraz ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2024, poz. 146, ze zm.).
 - b. Zarządzenia Nr 52/23 z dnia 26.04.2023r. Dyrektora SPSK Nr 1 im. prof. S. Szyszko SUM w sprawie wprowadzenia w życie „Regulaminu Przeprowadzania Konkursów Ofert na Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach”.
2. W sprawach nieuregulowanych w SWKO zastosowanie mają przepisy wskazane powyżej oraz przepisy kodeksu cywilnego.

II. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ul. 3 Maja 13-15, 41-800 Zabrze
Tel. 32/37 04 307; fax 32/37 04 522
NIP 648-23-01-274; REGON 271566088

III. PRZEDMIOT KONKURSU:

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w zakresie: **badan laboratoryjnych – 6 zadań:**

- **zadanie nr 1 – badanie rearanżacji TCF3 metodą FISH**
- **zadanie nr 2 – badania laboratoryjne 9 pozycji.**
- **zadanie nr 3 – badania laboratoryjne 13 pozycji**
- **zadanie nr 4 – badania laboratoryjne 30 pozycji**
- **zadanie nr 5 – typowanie do gatunku i poszerzona lekooporność szczepów prątków atypowych (MOTT)**
- **zadanie nr 6 – badania laboratoryjne 4 pozycje**

Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) (Dz. Urz. UE L 340 z dnia 16 grudnia 2002, L 329 z dnia 17 grudnia 2003 r., L 6 z dnia 20 grudnia 2006r. i L 74 z dnia 15 marca 2008 r.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przedmiot umów obejmuje: 71900000-7Usługi laboratoryjne .

IV. WYMAGANY TERMIN REALIZACJI:

Umowa będzie obowiązywała od dnia zawarcia umowy przez okres dwóch lat lub do wyczerpania wartości umowy, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpiło wcześniej.

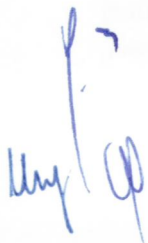
V. WYMAGANIA I OBOWIĄZKI DOTYCZĄCE OFERENTÓW:

1. O udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu, może ubiegać się Oferent:
 - a) spełniający wymagania określone w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,

- b) posiadający uprawnienia do wykonywania przedmiotu zamówienia,
 - c) znajdujący się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
2. Oferent zobowiązany będzie w szczególności do przestrzegania:
 - obowiązujących przepisów prawa w zakresie udzielanych świadczeń,
 - standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez NFZ.
 3. Oferent zobowiązany jest do posiadania odpowiednich warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, które pozwalają na realizację pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych wymaganych przez Udzielającego Zamówienia. Aparatura/sprzęt medyczny musi posiadać stosowne certyfikaty/atesty, uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami oraz aktualne przeglądy wykonywane przez uprawnione serwisy.
 4. Oferent zobowiązany jest do udzielania świadczeń na podstawie indywidualnych zleceń wydanych przez Udzielającego Zamówienia.
 5. W przypadku wystąpienia problemów z realizacją danego zakresu świadczenia Oferent niezwłocznie powinien o tym poinformować Udzielającego Zamówienia.
 6. Oferent zapewni wykonanie świadczeń zdrowotnych określonych w konkursie zgodnie z obowiązującymi normami w tym zakresie z uwzględnieniem wymogów jakościowych.
 7. Wybrany Oferent zobowiązany będzie do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej wymaganej przepisami prawa powszechnie obowiązującego.
 8. Oferent wyraża gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt. 4 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej w zakresie wynikającym z umowy.
 9. Świadczenia będą wykonywane przez podmioty mające siedzibę na terenie Polski.
 10. Oferent jest zobowiązany do wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z posiadaną wiedzą, doświadczeniem i wymaganymi umiejętnościami.
 11. Termin odpłatności - rozliczenie miesięczne, do 30 dni od daty prawidłowo wystawionej faktury.
 12. Oferent zobowiązuje się przez cały okres trwania umowy do posiadania ważnej polisy OC w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. W przypadku zmiany rozporządzenia wykonawczego regulującego wysokość ubezpieczenia Oferent ma obowiązek ubezpieczyć się, zgodnie z aktualnymi przepisami.
 13. Dodatkowe wymagania zostały określone w Załączniku nr 4 do SWKO.

VI. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ:

1. Wszelkie zapytania i wnioski Oferentów w toku konkursu ofert przekazywane będą w formie pisemnej na adres Udzielającego Zamówienia określony w SWKO. Dopuszcza się możliwość porozumiewania się drogą elektroniczną: adres e-mail: orgprawny@szpital.zabrze.pl. Termin składania zapytań i wniosków upływa dnia 18.06.2025r. do godz. 11:00. Udzielający Zamówienia nie będzie udzielał odpowiedzi na pytania, które wpłyną po wskazanym terminie.
2. Osobą upoważnioną do kontaktu z Oferentami jest: Agnieszka Uryszek tel. 32 / 37-04-526.
3. W uzasadnionych przypadkach Udzielający Zamówienia w każdym czasie przed terminem składania ofert może wprowadzić zmiany do SWKO. Informację o dokonanej modyfikacji Udzielający Zamówienia zamieści na swojej stronie internetowej, w związku z czym Udzielający Zamówienia zaleca Oferentom bieżące monitorowanie strony internetowej, gdzie jest zamieszczone: ogłoszenie o konkursie ofert, SWKO wraz z załącznikami oraz wszelkie zmiany wprowadzone w trakcie realizowania konkursu (www.szpital.zabrze.pl/bip/, zakładka - Konkursy). Oferent, który złożył ofertę na dotychczasowych warunkach uprawniony jest do jej ponownego złożenia, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych przez Udzielającego Zamówienia.



4. Jeżeli w wyniku modyfikacji SWKO konieczny będzie dodatkowy czas na wprowadzenie zmian do ofert, Udzielający Zamówienia przedłuży termin składania ofert.

VII. ZASTRZEŻENIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA:

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert, Udzielający Zamówienia może zmodyfikować treść dokumentów składających się na SWKO, poza modyfikacją zapisów dotyczących kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od Oferentów, z zastrzeżeniem, że:
 - a. o każdej ewentualnej zmianie Udzielający Zamówienia umieści informację na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia;
 - b. w przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Udzielający Zamówienia przedłuży termin składania ofert z uwzględnieniem czasu niezbędnego do wprowadzenia w ofertach zmian wynikających z modyfikacji treści SWKO.
2. Oferentowi nie przysługuje żadne roszczenie względem Udzielającego Zamówienia z tytułu zastosowania przez Udzielającego Zamówienia, praw określonych w ust. 1.
3. Wskazane w ofercie rzeczowo - finansowej ilości przedmiotu zamówienia są szacunkowe. W związku z powyższym Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo realizowania usług w ilościach uzależnionych od rzeczywistych potrzeb przy zaznaczeniu, iż nie może zostać przekroczona wartość łączna zamówienia.
4. Załączniki do SWKO stanowią jego integralną część.

VIII. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Oferta winna zawierać:
 - a) Formularz ofertowy stanowiący Załącznik nr 1 do SWKO,
 - b) Oświadczenie Oferenta sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO, Ofertę rzeczowo – finansową stanowiącą Załącznik nr 3 do SWKO oświadczenie o prowadzeniu wewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości.
 - c) Dla zadania nr 5 wymagane jest oświadczenie o spełnieniu dodatkowych wymogów określonych w załączniku nr 3 do SWKO.
 - d) Oświadczenie o przeprowadzeniu kontroli wewnątrzlaboratoryjnej
 - e) aktualne procedury dot. pobierania oraz transportu materiału do badań, Polisę ubezpieczenia OC obowiązującą na dzień złożenia oferty. W przypadku przedłożenia w ofercie promesy ubezpieczenia warunkiem koniecznym do zawarcia umowy z wybranym Oferentem jest dostarczenie polisy OC przed podpisaniem umowy.

Dokumenty wymienione w pkt. a), b), c), d) Oferent składa w formie oryginału.

3. Oferta winna być sporządzona zgodnie z wymogami SWKO i powinna być złożona w formie pisemnej, w języku polskim na formularzu ofertowym (wzór stanowi Załącznik nr 1 do SWKO) wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami, które stanowią integralną jej część.
4. Oferta winna być napisana na komputerze lub czytelnie ręcznie długopisem bądź niezmywalnym atramentem.
5. Wszystkie zapisane strony oferty wraz z załącznikami winny być związane w sposób trwały.
6. Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną lub osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.
7. Oferta musi być podpisana przez Oferenta lub osobę uprawnioną do jego reprezentowania. Dokumenty stwierdzające uprawnienie do reprezentacji Oferenta stanowią również załączniki do oferty.
8. Udzielający Zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnej potwierdzonej kopii dokumentu, gdy kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości.



9. Oferent może wycofać ofertę przed terminem otwarcia ofert. Wycofanie oferty powinno nastąpić na piśmie pod rygorem nieważności.
10. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.
11. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie opatrzonej danymi Oferenta oraz opisanej w następujący sposób:

**„Oferta dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1
im prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Znak: DOP/11/2025/KONKURS
Zadanie nr
Nie otwierać przed upływem terminu otwarcia ofert”**

OFERTY NIEOPISANE ZGODNIE Z PKT. 11 BĘDĄ OTWIERANE W KANCELARII SZPITALA

IX. KRYTERIA OCENY OFERT:

1. Udzielający Zamówienia przy wyborze kieruje się następującymi kryteriami i ich znaczeniem:

Cena – 100%

Za ofertę najkorzystniejszą uznana zostanie oferta z najniższą ceną.

2. Jeżeli nie można wybrać Oferty najkorzystniejszej, z uwagi na to, że dwie lub więcej Ofert przedstawia taką samą cenę lub takie same inne określone w SWKO kryteria, Udzielający Zamówienia zaprosi Oferentów do złożenia Oferty dodatkowej lub przeprowadzi negocjacje z Oferentami, z zastrzeżeniem, o którym mowa w pkt. XI ust. 3. Cena w Ofercie dodatkowej nie może być wyższa, niż złożona w Konkursie Ofert.

X. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA / OTWARCIA OFERT:

1. Oferty w formie pisemnej pod rygorem nieważności należy składać w zamkniętych kopertach w Kancelarii Szpitala (budynek Nr 33, II piętro, pok. 19) lub poprzez wysłanie oferty w zaszyfrowanym pliku na adres e-mail: orgprawny@szpital.zabrze.pl. Hasło do pliku należy wysłać na powyższy adres e-mail po terminie składania ofert, a przed terminem otwarcia ofert.
2. Termin składania ofert upływa w dniu 24.06.2025r. o godz. 10:00.
3. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Udzielającego Zamówienia w dniu 25.06.2025r. o godz. 08:00 (budynek nr 8 pokój nr 1).
4. W części zamkniętej konkursu, bez udziału Oferentów, Komisja:
 - a) wzywa Oferentów do uzupełnienia brakujących lub dostarczenia poprawnych dokumentów, określonych szczegółowo w SWKO;
 - b) wnioskuję do Kierownika Udzielającego Zamówienia o odrzucenie oferty;
 - c) wnioskuję do Kierownika Udzielającego Zamówienia o unieważnienie Konkursu Ofert;
 - d) wnioskuję do Kierownika Udzielającego Zamówienia o wybór najkorzystniejszej oferty.
6. Odrzucenie oferty przez Udzielającego Zamówienia nastąpi w przypadku złożenia oferty w sposób niezgodny z wymaganiami określonymi w SWKO, jak również w następujących przypadkach:
 - a) oferta złożona została przez Oferenta po terminie,
 - b) oferta zawiera nieprawdziwe informacje,
 - c) jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń zdrowotnych,
 - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
 - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
 - f) jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną,



- g) jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w SWKO,
 - h) oferta złożona przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających datę ogłoszenia postępowania została rozwiązana przez Udzielającego Zamówienia umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.
- 7. W przypadku gdy braki, o których mowa w ust. 6 dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.
 - 8. W przypadku, gdy Oferent 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.
 - 9. Komisja może poprawić oczywiste omyłki pisarskie w złożonej Ofercie.

XI. ROZSTRZYGNIĘCIE

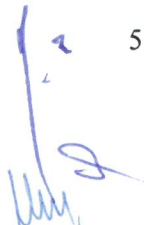
- 1. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu Konkursu Ofert nastąpi do 14 dni od dnia otwarcia ofert konkursowych. Ogłoszenie zostanie opublikowane na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia. Ponadto ogłoszenie o rozstrzygnięciu Konkursu Ofert wysłane zostanie drogą elektroniczną na adres mailowy podany w ofertach złożonych w Konkursie Ofert.
- 2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, może ona zostać przyjęta, gdy z okoliczności sprawy wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkursu ofert nie wpłynie więcej ofert.
- 3. Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach unieważnia konkurs ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
 - a. nie wpłynęła żadna oferta,
 - b. wpłynęła jedna oferta nie podlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - c. odrzucono wszystkie oferty,
 - d. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych w konkursie ofert,
 - e. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie konkursu ofert lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:

Oferent związany jest ofertą do 30 dni od upływu terminu składania ofert.

XIII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOWI:

- 1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego Zamówienia zasad przeprowadzania Konkursu Ofert, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych poniżej.
- 2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - a. wybór trybu postępowania,
 - b. niedokonanie wyboru Oferenta,
 - c. unieważnienie Konkursu Ofert.
- 3. W toku Konkursu Ofert do czasu jego zakończenia, Oferent może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
- 4. Do czasu rozpatrzenia protestu Konkurs Ofert ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
- 5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.



6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.
8. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w Konkursie Ofert może wnieść do Kierownika Udzielającego Zamówienia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu Konkursu Ofert odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia Konkursu Ofert. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. Decyzja Kierownika Udzielającego Zamówienia jest ostateczna.

XIV. **ZAWARCIE UMOWY:**

1. Udzielający Zamówienia przedłoży Stronom umowę do podpisania nie później niż 14 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu Konkursu Ofert, z wyjątkiem sytuacji określonych w SWKO w Rozdziale XIII. Projekt umowy określa Załącznik nr 4 do SWKO.
2. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs, uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający Zamówienia wybierze najkorzystniejszą z spośród pozostałych ofert nie odrzuconych.

Załączniki do SWKO:

1. Załącznik nr 1 – *Formularz ofertowy*;
2. Załącznik nr 2 - *Oświadczenie Oferenta*;
3. Załącznik nr 3 – *Oferta rzeczowo - finansowa*;
4. Załącznik nr 4 – *Projekt umowy*.



**FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Przedmiot konkursu: badania laboratoryjne – 6 zadań:

- zadanie nr 1 – badanie rearanżacji TCF3 metodą FISH
- zadanie nr 2 – badania laboratoryjne 9 pozycji.
- zadanie nr 3 – badania laboratoryjne 13 pozycji
- zadanie nr 4 – badania laboratoryjne 30 pozycji
- zadanie nr 5 – typowanie do gatunku i poszerzona lekooporność szczepów prątków atypowych (MOTT)
- zadanie nr 6 – badania laboratoryjne 4 pozycji

- ☐ Zadanie nr 1*
☐ Zadanie nr 2*
☐ Zadanie nr 3*

- ☐ Zadanie nr 4*
☐ Zadanie nr 5*
☐ Zadanie nr 6*

*** właściwe zaznaczyć**

Udzielający Zamówienia:

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
41-800 Zabrze, ul. 3 Maja 13-15

I. Dane Oferenta:

Nazwa Oferenta

.....
.....

Siedziba Oferenta

.....
.....

NIP REGON

Tel. Fax e-mail

Nr wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....



II. Przystępując do postępowania konkursowego oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) w zakresie: badań specjalistycznych – badań laboratoryjnych – 6 zadań:

- **zadanie nr 1 – badanie rearanżacji TCF3 metodą FISH**
- **zadanie nr 2 – badania laboratoryjne 9 pozycji.**
- **zadanie nr 3 – badania laboratoryjne 17 pozycji**
- **zadanie nr 4 – badania laboratoryjne 30 pozycji**
- **zadanie nr 5 – typowanie do gatunku i poszerzona lekooporność szczepów prątków atypowych (MOTT)**
- **zadanie nr 6 – badania laboratoryjne 4 pozycji**

Zadanie nr 1 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 2 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 3 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 4 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 5 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 6 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

III. Termin realizacji

Umowa będzie obowiązywała od dnia zawarcia umowy przez okres dwóch lat - dla zadania nr 1, nr 2, nr 3, nr 4, nr 5 i nr 6 lub do wyczerpania wartości umowy, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpiło wcześniej.

IV. Przyjmuję 30 dniowy termin płatności - rozliczenie miesięczne, od daty prawidłowo wystawionej faktury i potwierdzenia przez Udzielającego Zamówienia wykonania ilości i rodzaju świadczeń ujętych w fakturze.

V. Oświadczam, że:

- jestem związany ofertą do upływu terminu wskazanego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
- z pełną starannością zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia,
- zainteresowałem się i uzyskałem wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.



VI. ☐ Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszej ofercie na stronie / stronach stanowią tajemnicę przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz.U. 2022, poz. 902, ze zm.) i podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom**

**** zaznaczyć jeśli dotyczy wraz z podaniem zakresu stron**

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)



.....
(pieczęćka firmowa z pełną nazwą Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie:
badan laboratoryjnych – 6 zadań:

- **zadanie nr 1 – badanie rearanżacji TCF3 metodą FISH**
- **zadanie nr 2 – badania laboratoryjne 9 pozycji.**
- **zadanie nr 3 – badania laboratoryjne 13 pozycji**
- **zadanie nr 4 – badania laboratoryjne 30 pozycji**
- **zadanie nr 5 – typowanie do gatunku i poszerzona lekooporność szczepów prątków atypowych (MOTT)**
- **zadanie nr 6 – badania laboratoryjne 4 pozycje**

na rzecz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oświadczam, że jestem podmiotem wymienionym w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2025, poz. 450, ze zm.) mogącem ubiegać się o udzielenie zamówienia na ww. świadczenia zdrowotne, przedmiot zamówienia nie wykracza poza zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przeze mnie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, oraz spełniam warunki udziału w konkursie ofert, tj.:

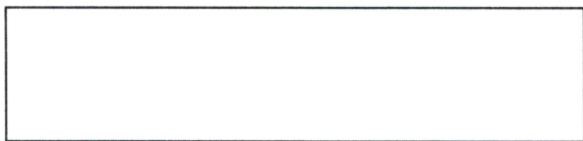
- a. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia,
 - b. posiadam uprawnienia i kwalifikacje do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym wykonuję działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia,
 - c. posiadam odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, które pozwalają na realizację pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych wymaganych przez Udzielającego Zamówienia,
 - d. aparatura/sprzęt medyczny posiada stosowne certyfikaty/atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami oraz aktualne przeglądy wykonywane przez uprawnione serwisy,
 - e. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
- Oświadczam, że przyjmuję na siebie obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt. 4 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej w zakresie wynikającym z umowy.
 - Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
 - Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
 - Oświadczam, że akceptuję wszelkie zmiany w SWKO i jego załącznikach dokonane w trakcie przeprowadzania konkursu ofert i zobowiązuję się (w przypadku wybrania naszej oferty) do podpisania umowy, w której wprowadzono ewentualnie uwzględnione zmiany.
 - Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
 - Oświadczam, że przedmiot zamówienia, o który się ubiegam, nie wykracza poza zakres działalności leczniczej, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
 - Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania, w szczególności na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2024, poz. 507).

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis osoby uprawnionej)



ZADANIE NR 1



Pieczęć Oferenta

Oferta rzeczowo – finansowa
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	Liczba świadczeń	cena jednostkowa brutto	wartość całkowita brutto	Max. czas oczekiwania na wynik świadczenia
1.	Badanie rearanżacji TCF3 metodą FISH	50			5 - 15
ŁĄCZNA WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ BRUTTO:					

Świadczenia będą wykonywane wg następujących zasad:

- Świadczenia będą wykonywane w.....
.....
(nazwa jednostki i adres miejsca wykonywania świadczeń)
- Minimalna liczba osób udzielająca świadczeń zdrowotnych:
- Osobą wyznaczoną przez Oferenta, jako nadzorującego wykonanie umowy jest, tel.
- Osobą wyznaczoną przez Oferenta do kontaktu w sprawie wykonania świadczeń jest, tel.
- Materiał do badań będzie odbierany przez Przyjmującego Zamówienie i na jego koszt.

.....
data, pieczęć i podpis Oferenta

ZADANIE NR 2

Pieczęć Oferenta

Oferta rzeczowo – finansowa
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	Liczba świadczeń	cena jednostkowa brutto	wartość całkowita brutto	Max. czas oczekiwania na wynik świadczenia
1.	TBC-ID Identyfikacja (80)	100			10
2.	Panel badań przesiewowych w kierunku predyspozycji - dziedziny guz chromochłonny (paraganglioma/pheochromocytoma) - analiza 6 genów, metoda NGS	3			17
3.	FTA ABS	50			14
4.	Pneumocystis carinii IgM	60			5
5.	Brucelloza met. OWD (ICD-9: S45)	10			15
6.	P/c. p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT) (ICD-9:O21)	10			5
7.	Kwasy żółciowe, rozdział met. HPLC (ICD-9: M53)	10			11
8.	Oznaczenie aktywności ADAMTS13 met. Chromogenną	40			15
9.	Oznaczenie inhibitora ADAMTS13 met. Chromogenną	40			10
ŁĄCZNA WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ BRUTTO:					

Handwritten signature

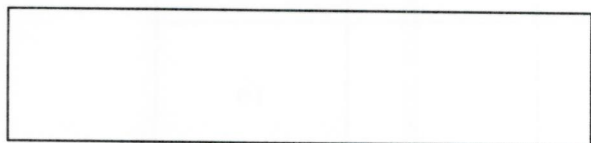
Świadczenia będą wykonywane wg następujących zasad:

1. Świadczenia będą wykonywane w.....
.....
(nazwa jednostki i adres miejsca wykonywania świadczeń)
2. Minimalna liczba osób udzielająca świadczeń zdrowotnych:
3. Osobą wyznaczoną przez Oferenta, jako nadzorującego wykonanie umowy jest tel.
4. Osobą wyznaczoną przez Oferenta do kontaktu w sprawie wykonania świadczeń jest tel.
5. Materiał do badań będzie odbierany przez Przyjmującego Zamówienie i na jego koszt.

.....
data, pieczętka i podpis Oferenta

Handwritten signature and mark in blue ink.

ZADANIE NR 3



Pieczęć Oferenta

Oferta rzeczowo – finansowa
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	Liczba świadczeń	cena jednostkowa brutto	wartość całkowita brutto	Max. czas oczekiwania na wynik świadczenia
1.	Pneumocysti jioverci (cysty)	50			7
2.	Adrenalina	3			17
3.	Badania tkankowe (IgG, IgA, IgM, a-C3)	8			15
4.	HIV RNA met. Real time RT-PCR, jakościowo	10			10
5.	Leishmania infantum IgG+IgM	10			10
6.	P/c p. ganglizydom (GM1, GDb, GQ1b), IgG	40			10
7.	P/c p. ganglizydom (GM1, GDb, GQ1b), IgM	40			10
8.	P/c przeciw metaloproteinazie ADAMTS-13	20			35
9.	Oznaczenie białka 14-3-3 w PMR	30			20
10.	Badanie PCR w kierunku zakażenia parwowirusem ilościowo	20			10
11.	Badanie PCR w kierunku zakażenia parwowirusem jakościowo	20			7

Handwritten signature/initials.

12.	Badanie PCR w kierunku zakażenia adenowirusem ilościowo	20			7
13.	Badanie PCR w kierunku zakażenia adenowirusem jakościowo	20			10
ŁĄCZNA WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ BRUTTO:					

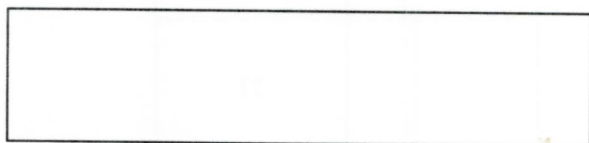
Świadczenia będą wykonywane wg następujących zasad:

- Świadczenia będą wykonywane w.....
.....
(nazwa jednostki i adres miejsca wykonywania świadczeń)
- Minimalna liczba osób udzielająca świadczeń zdrowotnych:
- Osobą wyznaczoną przez Oferenta, jako nadzorującego wykonanie umowy jest, tel.
- Osobą wyznaczoną przez Oferenta do kontaktu w sprawie wykonania świadczeń jest, tel.
- Materiał do badań będzie odbierany przez Przyjmującego Zamówienie i na jego koszt.

.....
data, pieczętka i podpis Oferenta



ZADANIE NR 4



Pieczęć Oferenta

Oferta rzeczowo – finansowa
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	Liczba świadczeń	cena jednostkowa brutto	wartość całkowita brutto	Max. czas oczekiwania na wynik świadczenia
1.	Ilościowe oznaczenie DNA wirusa CMV metodą Real Time - PCR	200			14
2.	P/c przeciw receptorowi NMDA	40			10
3.	Wykrywanie DNA Toxoplasma gondi metodą Real Time - PCR	100			10
4.	NT pro-BNP (ICD-9: N24)	50			4
5.	EBV (Epstein-Barr virus) met. PCR, ilościowo	20			11
6.	HBV met. PCR, genotypowanie A - H	10			12
7.	Yersinia spp. IgG, IgM, IgA (łącznie)	40			15
8.	Grypa typ A IgG (ICD-9: F75)	40			18
9.	HBs antygen, test potwierdzenia (ICD-9: V41)	50			6
10.	Bąblowica (Echinococcus granulosus) met. western-blot	6			15

Handwritten signature/initials.

11.	Panel w kierunku myositis (Mi-2, Ku, PM, Scl, Jo-1, pl-7, pl-12, PI-12) (ICD-9: O21)	100			15
12.	Oporność na aktywne białko C	20			31
13.	Mocz posiew (bad. mykol.) (ICD-9: 91.831)	50			10
14.	Autoprzeciwciała przeciw płytkowe (ICD-9: O11)	60			16
15.	HBV met. PCR, ilościowo (ICD-9: V47)	20			12
16.	Białko S wolne (ICD-9: G07)	22			14
17.	Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF (ICD-9: S59)	40			5
18.	Odkleszczowe zapalenie mózgu przeciwciała w kl. IgG (ICD-9: F84)	20			11
19.	Parwovirus B19 met. PCR, ilościowo	10			10
20.	ASO, jakościowo (ICD-9: U75)	10			2
21.	RF, jakościowo (ICD-9: K21)	10			5
22.	VDRL w PMR (ICD-9: U79)	10			6
23.	Metanol, ilościowo (ICD-9: P65)	10			2
24.	Weryfikacja - antykoagulant toczniowy	10			5

Handwritten signature

25.	Pneumocystis carinii wymaz (ICD-9: W35)	10			5
26.	Aktywność Renimowa Osocza (ARO)	200			10
27.	Badanie Stężenia Aldosteronu (ALDO)	200			8
28.	Szczawiany w Dobowej Zbiórce Moczu	200			14
ŁĄCZNA WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ BRUTTO:					

Świadczenia będą wykonywane wg następujących zasad:

2. Świadczenia będą wykonywane w.....

.....
(nazwa jednostki i adres miejsca wykonywania świadczeń)

2. Minimalna liczba osób udzielająca świadczeń zdrowotnych:

3. Osobą wyznaczoną przez Oferenta, jako nadzorującego wykonanie umowy jest, tel.

4. Osobą wyznaczoną przez Oferenta do kontaktu w sprawie wykonania świadczeń jest, tel.

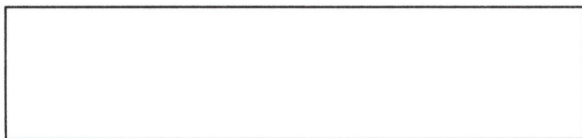
5. Materiał do badań będzie odbierany przez Przyjmującego Zamówienie i na jego koszt.

.....

data, pieczętka i podpis Oferenta

Handwritten signature

ZADANIE NR 5



Pieczęć Oferenta

Oferta rzeczowo – finansowa
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	Liczba świadczeń	cena jednostkowa brutto	wartość całkowita brutto	Max. czas oczekiwania na wynik świadczenia
1.	Identyfikacja prątków atypowych	40			7
2.	Lekowrażliwość prątków atypowych	40			49
ŁĄCZNA WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ BRUTTO:					

- Personel wykonujący świadczenia zdrowotne posiada stosowne uprawnienia, kwalifikacje i wiedzę oraz co najmniej 10 letnie doświadczenie w zakresie diagnostyki będącej przedmiotem zamówienia.
- Wyniki badań będą udostępniane Udzielającemu Zamówienie drogą elektroniczną w ciągu 48 godzin.
od uzyskania wyniku przez Przyjmującego Zamówienie oraz listownie (oryginały wyników).
- Probówki ze szczepami zostaną odebrane i przetransportowane do laboratorium Przyjmującego Zamówienie w ciągu 72 godzin od zlecenia badania.
 - Ocena lekooporności poszerzonej będzie wykonywana metodą mikrorozcieńczeń, zgodnie z wytycznymi CLSI.
 - Przyjmujący zamówienie nie będzie zatrudniał podwykonawców do pracy laboratoryjnej (probówki z wyhodowanymi szczepami prątków nie będą otwierane, a szczepy nie będą przesiewane w drodze do Przyjmującego Zamówienie).

Świadczenia będą wykonywane wg następujących zasad:

2. Świadczenia będą wykonywane w.....

.....
(nazwa jednostki i adres miejsca wykonywania świadczeń)

2. Minimalna liczba osób udzielająca świadczeń zdrowotnych:

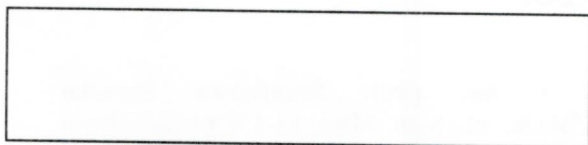
3. Osobą wyznaczoną przez Oferenta, jako nadzorującego wykonanie umowy jest, tel.

4. Osobą wyznaczoną przez Oferenta do kontaktu w sprawie wykonania świadczeń jest, tel.

5. Materiał do badań będzie odbierany przez Przyjmującego Zamówienie i na jego koszt.

.....
(data, pieczęć i podpis Oferenta)

ZADANIE NR 6



Pieczęć Oferenta

Oferta rzeczowo – finansowa
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	Liczba świadczeń	cena jednostkowa brutto	wartość całkowita brutto	Max. czas oczekiwania na wynik świadczenia
1.	T-SPOT TB (test IGRA)	20			5
2.	Rekombinanty orzech ziemny	20			6
3.	Rekombinanty roztocza	20			7
4.	Rekombinanty pyłki	30			9
ŁĄCZNA WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ BRUTTO:					

Świadczenia będą wykonywane wg następujących zasad:

3. Świadczenia będą wykonywane w.....

.....
(nazwa jednostki i adres miejsca wykonywania świadczeń)

2. Minimalna liczba osób udzielająca świadczeń zdrowotnych:

3. Osobą wyznaczoną przez Oferenta, jako nadzorującego wykonanie umowy jest, tel.

4. Osobą wyznaczoną przez Oferenta do kontaktu w sprawie wykonania świadczeń jest, tel.

5. Materiał do badań będzie odbierany przez Przyjmującego Zamówienie i na jego koszt.

.....
data, pieczęć i podpis Oferenta

PROJEKT UMOWY
Umowa nr/2025/KON/DOP

zawarta w dniu w Zabrzu pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 41-800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13-15, posiadającym REGON: 271566088, NIP : 648-23-01-274, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000025325, na rzecz którego działa:

1.

zwanym dalej „**Udzielającym Zamówienia**”

a

..... z siedzibą w posiadającym REGON: NIP:, wpisanym do rejestru prowadzonego przez pod numerem, na rzecz którego działa:

1.
2.

zwanym dalej „**Przyjmującym Zamówienie**”.

Działając na podstawie:

- a) przepisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2025, poz. 450, ze zm.) oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2024, poz. 146, ze zm.),
- b) decyzji Udzielającego Zamówienia z dnia podjętej w wyniku rozstrzygnięcia Konkursu Ofert nr DOP/11/2025/KONKURS o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie:

badań laboratoryjnych:

- **zadanie nr 1 – badanie rearanżacji TCF3 metodą FISH**
- **zadanie nr 2 – badania laboratoryjne 9 pozycji.**
- **zadanie nr 3 – badania laboratoryjne 13 pozycji**
- **zadanie nr 4 – badania laboratoryjne 30 pozycji**
- **zadanie nr 5 – typowanie do gatunku i poszerzona lekooporność szczepów prątków atypowych (MOTT)**
- **zadanie nr 6 – badania laboratoryjne 4 pozycje**

Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wykonania świadczenia określone w Załączniku nr 3 do SWKO, stanowiącym integralną część niniejszej umowy.

§ 1

Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie - **zadanie nr (zwanych dalej świadczeniami)** przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Udzielającego Zamówienia.

§ 2

1. Formularz ofertowy (Załącznik nr 1 do Umowy), oświadczenie Oferenta (Załącznik nr 2 do Umowy) oraz oferta rzeczowo – finansowa (Załącznik nr 3 do Umowy) są integralnymi częściami niniejszej umowy.
2. Wskazane w ofercie rzeczowo - finansowej ilości przedmiotu zamówienia są szacunkowe. W związku z powyższym Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo realizowania usług w ilościach uzależnionych od rzeczywistych potrzeb przy zaznaczeniu, iż nie może zostać przekroczona wartość łączna pakietu.

§ 3

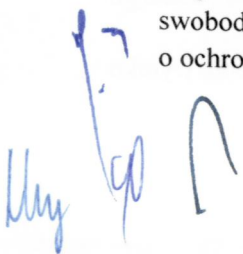
1. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej, stosownie do przepisów obowiązujących podmioty prowadzące działalność leczniczą rozliczające się z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do wykonywania świadczeń z należytą starannością zawodową, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zasadami etyki lekarskiej.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się, że świadczenia będą udzielane przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające kwalifikacje i uprawnienia, określone w odrębnych przepisach spełniających wymagania przewidziane przez NFZ oraz za pomocą aparatury i sprzętu spełniającego wymagania określone w obowiązujących przepisach prawa.
4. Przyjmujący Zamówienie wykonuje świadczenia przy wykorzystaniu posiadanych urządzeń, materiałów, sprzętu i aparatury medycznej.
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że świadczenia zdrowotne będą udzielane przez minimum osoby.
6. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje, że przedmiot i warunki realizacji niniejszej umowy są zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie.
7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania zasad określonych w ofercie rzeczowo – finansowej stanowiącej Załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
8. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do rejestracji niniejszej umowy w Portalu Świadczeniodawcy. Kod świadczeniodawcy Udzielającego Zamówienie to 126/100036.

§ 4

1. Świadczenia będące przedmiotem niniejszej umowy wykonywane będą na podstawie indywidualnych zleceń wystawianych i podpisywanych przez lekarza Udzielającego Zamówienia z określeniem rodzaju zamawianego świadczenia, opieczętowanych pieczęcią nagłówkową Udzielającego Zamówienia.
2. Udzielający Zamówienia zapewnia na własny koszt i we własnym zakresie probówki i pojemniki na pobrany do świadczeń materiał. Udzielający Zamówienia zapewnia we własnym zakresie i we własnej siedzibie pobranie materiału. Przygotowany materiał będzie opisany i zewidencjonowany. Udzielający Zamówienia ponosi odpowiedzialność za jakość powierzzonego materiału do świadczeń.
3. Przygotowany materiał będzie odbierany przez Przyjmującego Zamówienie i na jego koszt.
4. Świadczenia powinny być zakończone pisemnym wynikiem podpisanym przez lekarza wykonującego świadczenie/osobę/y z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami.
5. Wyniki świadczeń będą przekazywane do Udzielającego Zamówienia listownie lub drogą elektroniczną, w zaszyfrowanym pliku, gdy Oddział zaznaczy taką konieczność przy zleceniu wykonania świadczenia (dodatkowa informacja będzie zawarta na skierowaniu).
6. Lista wykonanych świadczeń wraz z danymi osobowymi pacjentów (imię, nazwisko, nr PESEL) będzie przesyłana do Udzielającego Zamówienia, jako załącznik do faktury VAT. Przekazanie nastąpi osobiście, lub przesyłką poleconą, w zamkniętych i zabezpieczonych przed dostępem osób trzecich pakietach na koszt Przyjmującego Zamówienie lub e-mailem w zaszyfrowanym pliku na adres e-mail: faktury@szpital.zabrze.pl.

§ 5

1. Zarówno Udzielający Zamówienia, jak i Przyjmujący Zamówienie są zobowiązani do prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2024 poz. 581, ze zm.).
2. Względem udostępnianych danych osobowych Strony uznają się za odrębnych administratorów danych w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).



§ 6

Przyjmujący Zamówienie wyraża gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych a także kontroli Udzielającego Zamówienia w zakresie realizacji niniejszej umowy.

§ 7

Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone Udzielającemu Zamówienia lub osobom trzecim w związku i przy wykonywaniu niniejszej umowy na zasadach wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym w szczególności w art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej oraz kodeksu cywilnego.

§ 8

Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do:

1. posiadania przez cały okres obowiązywania umowy ubezpieczenia, o której mowa w art. 25 ust.1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej;
2. utrzymania przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy minimalnej sumy gwarancyjnej zgodnie z obowiązującymi w przedmiotowym zakresie przepisami.

§ 9

1. Ceny jednostkowe przedmiotu umowy określa oferta rzeczowo – finansowa Przyjmującego Zamówienie, stanowiąca Załącznik nr 3 do umowy.
2. Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie za wykonane świadczenia płatne będzie w okresach miesięcznych na podstawie prawidłowo wystawionej faktury obejmującej wynagrodzenie za świadczenia wykonane w danym miesiącu kalendarzowym. Przekazanie faktury nastąpi osobiście lub przesyłką poleconą, w zamkniętych i zabezpieczonych przed dostępem osób trzecich pakietach na koszt Przyjmującego Zamówienie lub mailem w zaszyfrowanym pliku na adres e-mail: faktury@szpital.zabrze.pl.
3. Za wykonane świadczenia Przyjmujący Zamówienie wystawi fakturę do 15 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
4. Do faktury, o której mowa w ust. 3, Przyjmujący Zamówienie dołączy spis świadczeń wykonanych na zlecenie Udzielającego Zamówienia w danym miesiącu kalendarzowym (Załącznik nr 4 do umowy). Udzielający Zamówienia zatwierdza otrzymany wraz z fakturą spis przed dokonaniem zapłaty.
5. Udzielający Zamówienia dokona płatności faktur VAT przelewem na rachunek bankowy wskazany na fakturze Przyjmującego Zamówienie w terminie do 30 dni od daty wystawienia prawidłowej faktury wraz z wykazem wykonanych świadczeń, o którym mowa w ust. 4. Za moment zapłaty uznaje się dzień wpływu środków na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
6. Osobą wyznaczoną przez Udzielającego Zamówienie jako nadzorującego sposób wykonania świadczeń jest Ordynator/Kierownik właściwej komórki zlecającej a nadzór nad rozliczaniem realizacji umowy sprawuje Kierownik Działu Rozliczeń Usług Medycznych.
7. Przyjmujący Zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy bez zgody organu tworzącego wyrażonej na podstawie art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej.

§ 10

Niniejsza umowa zawarta jest na czas określony od dnia r. do dnia r. lub do wyczerpania wartości umowy, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpiło wcześniej.

§ 11

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia karę umowną:
 - a) w wysokości 5% ceny świadczenia brutto, nie mniejszej niż 50 zł, z tytułu każdego niezrealizowanego bądź niezrealizowanego w terminie świadczenia,
 - b) w wysokości 5% ceny świadczenia brutto, nie mniejszej niż 50 zł, z tytułu nieudostępnienia wyniku badania zgodnie z par. 4 ust.5,



- c) w wysokości 10% łącznej, rocznej wartości niniejszej umowy brutto określonej w Załączniku nr 1 – Formularz ofertowy, z tytułu rozwiązania umowy przez Udzielającego Zamówienia z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie,
 - d) w wysokości 1 000,00 zł w przypadku uniemożliwienia lub utrudnienia przeprowadzenia kontroli przez Udzielającego Zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz inne uprawnione organy i podmioty albo niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za każdy taki przypadek,
 - e) nieterminowego przekazania dokumentacji niezbędnej do rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia – kara umowna wynosi 200 zł (brutto) za każdy przypadek,
 - f) w wysokości 500,00 zł w przypadku niewpisania Udzielającego Zamówienia do Portalu Świadczeniodawców w terminie 14 dni od daty otrzymania Umowy.
2. Udzielający Zamówienia ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego w przypadku, gdy wyrządzona szkoda przewyższa naliczone kary umowne.

§ 12

1. Umowa ulega rozwiązaniu:

- a) z upływem czasu, na który była zawarta,
- b) w momencie wyczerpania łącznej wartości świadczeń określonych w Załączniku nr 3 do umowy dla danego pakietu,
- c) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie lub Udzielającego Zamówienia,
- d) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, z momentem wykonalności na koniec miesiąca kalendarzowego,
- e) wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

§ 13

Usługi stanowiące przedmiot niniejszej umowy mają charakter usług w zakresie opieki medycznej, służą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia i jako takie podlegają zwolnieniu z podatku VAT zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt. 18 ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2024, poz. 361, ze zm.).

§ 14

- 1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- 2. Ewentualne spory powstałe w związku z realizacją umowy rozstrzygać będzie sąd właściwy miejscowo dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
- 3. W przypadku niejasności w zapisach niniejszej umowy Strony mogą odwołać się do zapisów Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
- 4. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej oraz kodeksu cywilnego.

§ 15

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
Udzielający Zamówienia

.....
Przyjmujący Zamówienie

MARCELA BRASALEK
Radca Prawny
Kt 2333

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Finansowych
Główny Księgowy
Bożena Mucha-Wójcik

[Signature]

Załącznik nr
do Umowy nr/2025/KON/DOP
z dnia

Pieczętka Przyjmującego Zamówienie

ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ (wzór)

JEDNOSTKA KIERUJĄCA /Oddział, Poradnia/:.....
MIESIĄC, ROK:.....

UMOWA NR/2025/KON/DOP

L.p.	IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	PESEL	DATA SKIEROWNIA	DATA ŚWIADCZENIA	RODZAJ ŚWIADCZENIA	LEKARZ KIERUJĄCY	WARTOŚĆ ŚWIADCZENIA

.....
pieczętka i podpis Przyjmującego Zamówienie