

## Zaproszenie do złożenia oferty

**Nr 2021/17/NO**

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika zaprasza do złożenie oferty cenowej w przedmiocie: świadczenie usług medycznych w zakresie hemodializ pacjentów hospitalizowanych w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi., w szczególności dla osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1. Przedmiot zamówienia – **hemodializa**
2. Usługi hemodializy obejmują pozaustrojową eliminację toksyn, dostarczanie substancji służących do regeneracji buforów ustroju, wyrównanie kwasicy metabolicznej z jednoczesnym usuwaniem nadmiaru wody w jednorazowych bądź powtarzalnych zabiegach polegających na przepływie krwi pacjenta z uszkodzeniem nerek przez filtr dializacyjny.
3. Usługi realizowane będą na podstawie ZGŁOSZENIA TELEFONICZNEGO potwierdzonego zleceniem wystawianym przez Udzielającego zamówienie.
4. Udzielający zamówienie wymaga pełnej dobowej gotowości do świadczenia usługi, tj.: przez 24 godzin na dobę przez wykwalifikowany personel pielęgniarski w każdym czasie na żądanie Udzielającego zamówienie. Wskazania do wykonania zabiegu z przyczyn N17;N18;N19.
5. Pacjent wskazany do wykonania zabiegu będzie posiadał wytworzony dostęp naczyniowy oraz jeżeli jego status wirusologiczny będzie nieznany będzie miał wykonane badania HIV, HBS-Ag, anty HCV. Wykonanie przedmiotowych badań leży po stronie Udzielającego zamówienie.
6. Miejsce wykonania usługi – Szpital Kopernika w Łodzi.
7. Wymagany termin realizacji zamówienia: od 1.04.2021 r. do 31.03.2022 r.
8. O udzielenie zamówienia ubiegać się mogą wykonawcy spełniający warunki: -
  - posiadają niezbędne do wykonania określonych prac lub czynności będących przedmiotem zamówienia, uprawnienia zgodnie z wymaganiami ustawowymi,
  - są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z obowiązującymi wymaganiami, w tym zwłaszcza:
    - o art. 26 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( t.j. Dz.U. 2020.295 ze zm.)
    - o wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia
  - dysponują niezbędną wiedzą, doświadczeniem, a także osobami zdolnymi do świadczenia usług objętych postępowaniem
  - znajdują się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
  - zobowiązują się do zawarcia ubezpieczenia na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej.
9. Oferent poniesie wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00

e-mail: [szpital@kopernik.lodz.pl](mailto:szpital@kopernik.lodz.pl), <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 6212401545111000011669957

10. Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się kryterium najniższej ceny brutto za 1 procedurę
11. Ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym, które wzór stanowi Załącznik nr 1 do Ogłoszenia w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 22.03.2021 r. do godz. 15.00**  
**Dopuszczalne formy złożenia oferty:**
  - a) pisemna na adres siedziby Centrum – Szpital Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź, w kopercie z dopiskiem „Oferta cenowa hemodializy”
  - b) drogą elektroniczną na adres: [metorg@kopernik.lodz.pl](mailto:metorg@kopernik.lodz.pl)
  - c) faksem na nr 42 689 50 11
12. Zamawiający powiadomi o wyniku postępowania na stronie internetowej.
13. Termin związania ofertą wynosi 30 dni
14. Zamawiający powiadomi Oferenta, którego oferta została wybrana o terminie i miejscu:
  - dostarczenia dokumentów formalno - prawnych
  - podpisania umowy

DYREKTOR  
Wojewódzkiego Wiedospecjalistycznego  
Centrum Onkologii i Traumatologii  
im. M. Kopernika w Łodzi  
mgr inż. Andrzej Kasprzyk



**FORMULARZ OFERTY****O F E R T A****na wykonywanie usług medycznych****I. DANE O OFERENCIE:**

1.	Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o udzielenie zamówienia	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym	
3.	Nazwa organu uprawnionego do reprezentowania podmiotu	
4.	Numer telefonu	
5.	Numer fax	
6.	Numer rejestru sądowego KRS	
7.	Nazwa i siedziba sądu	
8.	Numer rejestru podmiotów leczniczych	
9.	Nazwa organu prowadzącego rejestr	
10.	Numer NIP	
11.	Numer REGON	
12.	Imię i nazwisko oraz nr.tel. osoby odp.za nadzór merytoryczny nad realizacją świadczeń zdrowotnych	
13.	Numer konta bankowego wraz z nazwą i siedzibą banku	

**II. OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

1. Wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach przedstawionych w projekcie umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
4. Uważam się związany ofertą na czas wskazany w Ogłoszeniu.
5. Zobowiązuję się do wykonywania usług zgodnie z harmonogramem i zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
6. Zapewniam udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby, które dysponują niezbędną wiedzą, doświadczeniem, a także osobami zdolnymi do świadczenia usług objętych postępowaniem.
7. Zapewniam, że uprawnienia osób wskazanych do wykonania usługi są aktualne i że nie toczy się w stosunku do nich postępowanie wyjaśniające przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani postępowanie przygotowawcze.

8. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... obejmującą Usługi świadczone przez zgłoszony personel
9. **Zobowiązuję się do przedłożenia na dzień podpisania umowy:**
- a) Wykazu personelu medycznego wraz z oświadczeniem, iż  
Personel zgłoszony do realizacji umowy posiada:
    - kwalifikacje zawodowe niezbędne do świadczenia usług lekarskich będących przedmiotem postępowania,
    - aktualne zaświadczenia lekarskie – badań profilaktycznych,
    - aktualne zaświadczenia o szkoleniach bhp.
  - b) Poświadzonej kopii wpisu do odpowiedniego rejestru podmiotów leczniczych
  - c) Poświadzonej kopii wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z systemu Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub kopia wpisu do KRS
  - d) Poświadzonej kopii polisy (oc) na równowartość 350 tys Euro.
10. Oświadczam, że personel wskazany do umowy zostanie poinformowany, że:
- a) administratorem jego danych osobowych jest Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, adres: ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź;
  - b) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@kopernik.lodz.pl;
  - c) administrator będzie przetwarzał dane osobowe personelu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
  - d) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
  - e) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
  - f) personel ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora;
  - g) dane osobowe personelu będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa;
  - h) personelowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
  - i) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy;
  - j) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

## II. WYKAZ BADAŃ WRAZ Z CENNIKIEM JEDNOSTKOWYM

### CENA JEDNOSTKOWA

Oferowana cena jednostkowa za wykonywanie usług tj. 1 hemodializę wynosi:

netto ..... zł (słownie: .....)

podatek .....zł ( słownie: .....)

brutto ..... zł (słownie: .....)

### WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA

Nazwa świadczenia	Cena brutto	Szacunkowa roczna liczba badań	Szacunkowa roczna kwota (12 miesięcy) brutto
Hemodializa		251	

\* Wyszczególniona w załączniku szacunkowa liczba badań służy tylko do określenia wartości oferty, ilość badań w trakcie trwania umowy może ulec zmianie.

## III. WYKAZ SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ

Lp.	Rodzaj sprzętu lub aparatury medycznej	Rok produkcji	Nr seryjny

**IV. WYKAZ PERSONELU MEDYCZNEGO**

<b>Lp.</b>	<b>Osoby wykonujące zawód medyczny wg rodzaju:</b>	<b>liczba osób wskazanych do wykonania usługi</b>

.....  
(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)