

OGŁOSZENIE

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kępnie działając na podstawie art. 26 ust.3 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U.2015.618) oraz ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 nr 164 poz.1027 z późn. zm.)

ogłasza

konkurs ofert na wykonywanie badań histopatologicznych, immunohistopatologicznych i cytologicznych wg rzeczywistych potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie

1. Umowa zostanie zawarta na okres 24 miesięcy (2 lata)
2. Ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu, w tym z projektem umowy można zapoznać się w Dyrekcji SPZOZ w Kępnie od poniedziałku do piątku w godz. od 8:00 do 14:00 lub na stronie internetowej : **www.szpital.kepno.pl**
Telefon kontaktowy: 62 78 27 345
3. Oferty mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów i spełniające wymagania określone w:
 - Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 nr 164 poz.1027 z późn. zm)
 - Ustawie o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011r. (Dz.U.2015.618.)
 - Ustawie o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 02.07.2004r. (Dz.U. nr 173, poz.1807 z późn.zm.)oraz dysponują personelem medycznym niezbędnym do wykonania świadczeń będących przedmiotem niniejszego konkursu
4. Oferta powinna być sporządzona na formularzu ofertowym, który wraz z materiałami można pobrać od dnia **29.11.2017 r.** w siedzibie SPZOZ Kępnie przy ul. Szpitalnej 7 – sekretariat w godzinach 8-15 od poniedziałku do piątku lub ze strony internetowej: **www.szpital.kepno.pl** .
5. Oferty należy składać do **15.12.2017r. do godz. 09:30** w Sekretariacie SPZOZ-u w Kępnie przy ul. Szpitalnej 7. Otwarcie ofert nastąpi **15.12.2017r. o godz. 10:00.**

Konkurs zostanie rozstrzygnięty **w ciągu 14 dni** w siedzibie Zleceniodawcy. Oferent pozostanie związany ofertą do 30 dni od terminu składania ofert.

Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert. Ewentualne skargi i protesty będą przyjmowane przez komisję konkursową.

**/-/ Jakub Krawczyk
Dyrektor SPZOZ w Kępnie**

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘPNIE

Konkurs ofert na wykonywanie badań histopatologicznych, immunohistopatologicznych i cytologicznych wg potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie ogłoszono w oparciu o art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2015.618)

I. PRZEDMIOT KONKURSU

1. Przedmiotem konkursu jest świadczenie usług medycznych w zakresie badań histopatologicznych planowych i śródoperacyjnych, immunohistopatologicznych i cytologicznych .
2. Realizacja w/w usług medycznych dotyczyć będzie pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie – w tym Poradni Położniczo i Ginekologicznej.
3. Zawarcie umowy na okres dwóch lat.
4. Zlecający wymaga aby:
 - badania diagnostyczne były wykonywane przez personel posiadający kwalifikacje odpowiadające rodzajowi badań objętych niniejszym konkursem,
 - badania diagnostyczne były zakończone pisemnym wynikiem podpisanym przez osobę/y z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami,
 - badania diagnostyczne były wykonywane przy użyciu aparatury będącej w swojej dyspozycji, gwarantującej skuteczną diagnostykę i spełniającą standardy określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
5. Podstawą do wykonania badania będzie pisemne zlecenie wystawione przez Zleceniodawcę, opatrzone:
 - datą pobrania materiału,
 - nazwą i pieczętką komórki organizacyjnej,
 - nazwisko i mię pacjenta,
 - nr historii choroby,
 - PESEL ,
 - rodzaj materiału, - dane kliniczne,
 - podpis i pieczętka imienna lekarza kierującego oraz pieczętką nagłówkową Zleceniodawcy.
6. Na podstawie przyjętych zleceń prowadzony będzie rejestr przyjmowanych do wykonania badań oraz pacjentów według wymogów dla prowadzenia dokumentacji medycznej.
7. Wyniki badań dostarczane będą na bieżąco zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie dokumentacji medycznej. Zleceniobiorca zobowiązany jest do elektronicznego rejestrowania badań.
8. Dopuszcza się możliwość dostarczenia wyniku drogą elektroniczną lub faxem (dotyczy przypadków pilnych).
9. Z wykonanych badań dostarczone będą Zleceniodawcy miesięczne raporty w formie pozwalającej na analizę ilościową i wartościową.
10. Zleceniobiorca będzie odbierać próbki z siedziby Zleceniodawcy nie rzadziej niż raz na dni.
11. Wyniki badań będą dostępne w terminie nie przekraczającym 10 dni a w przypadkach oznaczonych jako pilne w terminie 5 dni.
12. Wyniki badań doraźnych oraz wstępne wyniki pozostałych badań przesyłane będą drogą elektroniczną.

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA OFERT

1. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim z wyłączeniem pojęć medycznych.
2. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje osoba(y) uprawniona(e) do reprezentacji lub posiadająca pełnomocnictwo, które należy dołączyć do oferty.
3. Każdą zapisaną stroną oferty należy opatrzyć kolejnym numerem.

4. Strony oferty oraz miejsca, w których oferent naniósł poprawki, podpisuje osoba(y), która podpisała ofertę. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego zapisu poprawnego. Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych ani napisanych poza niezbędnymi do poprawy.
5. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
6. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi zamawiającego o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
7. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę zgodnie z postanowieniami punktu - **Zasady składania ofert** z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

III. ZASADY SKŁADANIA OFERT

1. Dokumenty konkursowe należy złożyć w zamkniętej kopercie w sekretariacie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie **do dnia 15.12.2017 r. do godz. 09:30** opatrzone napisem: **„Konkurs ofert na wykonywanie badań histopatologicznych, immunohistopatologicznych i cytologicznych wg potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie ”**
Otwarcie ofert nastąpi w dniu **15.12.2017 r. o godz.10:00** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kępnie - Sala konferencyjna – budynek administracji – II Piętro.
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed ustalonym terminem składania ofert zamawiający może zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert.
4. O każdej zmianie lub modyfikacji zamawiający zawiadamia niezwłocznie każdego z uczestników konkursu, który poinformował o pobraniu dokumentacji konkursowej.
5. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, zamawiający może przedłużyć termin składania ofert.
6. Wszelka korespondencja (w tym zapytania) do Zamawiającego powinna być kierowana przez Oferentów na adres: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kępnie ul. Szpitalna 7, 63-600 Kępno, fax. (62) 78 27 401 lub drogą elektroniczną: przetargi@szpital.kepno.pl
7. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu na każdym jego etapie bez podania przyczyny. Konkurs umarza się jeżeli postępowanie nie zostanie zakończone wyłonieniem właściwej oferty w szczególności gdy: nie wpłynęła żadna oferta lub, gdy wystąpiła zmiana okoliczności uniemożliwiająca zawarcie umowy, której nie można było wcześniej przewidzieć.

IV. WYMAGANIA FORMALNO-PRAWNE, EKONOMICZNE I TECHNICZNE

Do konkursu ofert może przystąpić każdy przyjmujący zamówienie który:

- jest podmiotem wymienionym w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej (Dz.U.2015.618)
- jest uprawniony do wykonywania badań histopatologicznych, immunohistopatologicznych i cytologicznych
- znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
- posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia.
- posiada licencję Komisji Akredytacyjnej Polskiego Towarzystwa Patologów. Certyfikaty ISO 9001;2008 i ISO/IEC 27001:2005 w zakresie zintegrowanych usług diagnostyki materiału tkankowego i bezpieczeństwa informatycznego, oraz jesteśmy wpisani do Rejestru Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych (KIDL)

V. ZAWARTOŚĆ OFERT

Dla uznania ważności oferta musi zawierać następujące dokumenty w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez upoważnioną osobę do reprezentowania oferenta:

- 1) Formularz oferty -zał. Nr 1
- 2) oświadczenie - zał. Nr 2,

- 3) Dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe.
- 4) wzór umowy — zał. Nr 3 (podpisany, a także parafowany na każdej stronie)
- 5) aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert
- 5) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności w wysokości nie niższej niż wynikająca z art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej (Dz.U.2015.618)

Oferta wraz z załącznikami powinna być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania wykonawcy. W przypadku podpisania oferty przez pełnomocnika należy załączyć ważne pełnomocnictwo. Brak jakiegokolwiek z wyżej wymienionych dokumentów lub złożenie dokumentu w niewłaściwej formie (nie poświadczony za zgodność z oryginałem) skutkować będzie odrzuceniem oferty.

VI. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU

Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty, która otrzyma największą ilość punktów, będącą sumą punktów uzyskanych w kryterium cena i kryterium doświadczenie.

VII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Termin związania ofertą: 30 dni od terminu otwarcia ofert.

VIII. POWIADOMIENIE O WYNIKACH

Zamawiający niezwłocznie powiadomi o wyniku konkursu wszystkich oferentów biorących udział w konkursie, podając firmę (nazwę) i siedzibę oferenta, którego ofertę wybrano.

IX. UMOWA

1. Zamawiający zawrze umowę z wybranym oferentem w terminie 7 dni od dnia rozstrzygnięcia i ogłoszenia wyniku konkursu.
2. Zaoferowana cena za świadczenie będzie obowiązywać przez czas trwania umowy.

X. INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI SKŁADANIA SKARG I PROTESTÓW DOTYCZĄCYCH KONKURSU OFERT.

Skarga

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowaną skargę.
2. Do czasu rozpatrzenia skargi postępowanie konkursowe zostaje zawieszane.
3. Komisja konkursowa rozpatruje skargę w ciągu 3 dni od daty jej złożenia.
4. O wniesieniu i rozstrzygnięciu skargi komisja konkursowa w formie pisemnej niezwłocznie informuje pozostałych oferentów i udzielającego zamówienia.

Protest

1. Oferent może złożyć do udzielającego zamówienia umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia wyborze ofert.
2. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.
3. Po wniesieniu protestu udzielający zamówienia, aż do jego rozstrzygnięcia, nie może zawrzeć umowy.
3. Udzielający zamówienia rozpoznaje i rozstrzyga protest najpóźniej w ciągu 7 dni od daty jego złożenia.
4. O wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu udzielający zamówienia niezwłocznie informuje w formie pisemnej pozostałych oferentów.
5. W przypadku uwzględnienia protestu udzielający zamówienia powtarza konkurs ofert.

XI. OPIS KRYTERIÓW OCENY

1. Ocena ofert nie odrzuconych zostanie oceniona wg niżej opisanych zasad.
2. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Udzielający zamówienia będzie się kierował następującymi kryteriami i ich znaczeniem:

2.1. Doświadczenie- 40%

Zamawiający wymaga minimum 3 lat doświadczeń w prowadzeniu badań histopatologicznych, potwierdzone wykazem wykonanych w okresie ostatnich trzech lat świadczeń zdrowotnych o charakterze i złożoności porównywalnej z przedmiotem konkursu. Wykonawca przedstawia dokumenty potwierdzające, że świadczenia te zostały wykonane należycie: np. opinie, referencje

Cena – 60%

Każda oferta będzie oceniona wg poniższego wzoru:

Gdzie

$$C = \frac{C_{min.}}{C_o}$$

Cmin. - najniższa cena ogółem brutto spośród prawidłowo złożonych i ważnych ofert

Coferty – cena ogółem brutto ocenianej oferty

$$D = \frac{Pdz}{Pdz_{max}}$$

Pdz – punktacja ocenianej oferty w zakresie doświadczenia

Pdzmax – najwyższa punktacja w zakresie doświadczenia zawodowego wśród prawidłowo złożonych i ważnych ofert

Punktacja w zakresie kryterium doświadczenia :

3 lata – 10 pkt.

więcej, niż 3 lata do 8 lat -15 pkt.

powyżej 8 lat – 30 pkt.

3. Udzielający zamówienia udzieli tegoż zamówienia Przyjmującemu zamówienie, którego oferta:
 - spełnia wymogi formalne,
 - jest zgodna ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert
 - uzyska najwyższą wartość W zgodnie z pkt. 2.
4. Jeżeli nie można wybrać oferty najkorzystniejszej z uwagi na to, że dwie lub więcej ofert przedstawia taki sam bilans ceny i innych kryteriów oceny ofert, Udzielający zamówienia spośród tych ofert wybiera ofertę z niższą ceną.

***/-/ Jakub Krawczyk
Dyrektor SPZOZ w Kępnie***

.....
(pieczęćka zamawiającego)

.....
/miejsowość i data/

FORMULARZ OFERTY

Nawiązując do zapytania ofertowego z dnia 29.11.2017r. (nr sprawy: SPZOZ-ZP/48BU/2017) dotyczącego konkursu ofert na wykonywanie badań histopatologicznych, immunohistopatologicznych i cytologicznych wg rzeczywistych potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie
Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia wg następujących cen:

Lp.	Rodzaj badania	Szacowana ILOŚĆ BADAŃ na 24 m-ce	Cena badania brutto	Wartość brutto
1.	Badanie histopatologiczne (materiał pobrany: Blok Operacyjny, Poradnia Chirurgii Ogólnej, Pracownia Endoskopii)	2060		
2.	Badania histopatologiczne (oddział Położniczo – Ginekologiczny)	630		
3.	Badanie immunohistochemiczne	10		
4.	Ocena cytologiczna wymazów ginekologicznych metodą Bethesda	3600		
5.	Odczyny immunohistochemiczne	10		
6.	Konsultacje immunohistochemiczne	8		
WARTOŚĆ OFERTY				
	<u>Warunki i parametry graniczne dla Wykonawców badań</u>			Odpowiedź Tak/NIE
1.	Rejestracja Wykonawcy oraz wymagane dokumenty – zgodnie z prawem RP			
2.	Złożenie oświadczenia, że Wykonawca spełnia wymagania, o których mowa w szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielaniu świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia w zakresie świadczeń objętych niniejszą ofertą.			
3.	Odbiór materiału tkankowego w dostarczonych przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia jednorazowych pojemników na materiał biologiczny i kontenerów transportowych (ilość miejsc odbioru oraz ich częstotliwość do uzgodnienia z Zamawiającym)			
4.	Faktura z wyszczególnieniem pacjentów, zlecniodawcy, badań oraz cen.			
5.	Termin płatności – 30 dni od dnia wystawienia faktury			
6.	Niezmienność cen przez okres obowiązywania umowy			
7.	Sprawna komunikacja telefoniczna z Wykonawcą			
8.	Bieżąca aktualizacja pełnej oferty diagnostycznej Wykonawcy.			
9.	Przechowywanie dokumentacji medycznej w okresie wymaganym odpowiednimi przepisami			
<u>DODATKOWE INFORMACJE</u>				
8.	<u>Określenie sposobu i terminu przyjmowania materiału do badań oraz przekazywania wyników badań</u>			

9.	<u>Zasady udostępniania materiałów archiwalnych</u>
----	--

Oświadczamy, że:

1. Zaznajomiliśmy się dokładnie z dokumentami zapytania ofertowego..
2. Pozostajemy związani niniejszą ofertą handlową przez 30 dni licząc od dnia, w którym upłynął termin składania ofert handlowych.
3. Akceptujemy 30 dniowy termin płatności od dnia wystawienia faktury.
4. Zapewniamy niezmienność cen przez okres obowiązywania umowy.
5. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego lub w sposób uzgodniony przez strony.
6. Pod groźbą odpowiedzialności karnej załączone do Oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 233K.K.).
7. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie w/w świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem oferty . Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia polisy ubezpieczeniowej stanowi załącznik nr do niniejszej oferty.
8. Do oferty załączamy dokumenty:

Załączniki:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

NIP.....REGON..... KRS

Osoby uprawnione do podpisywania umów:

.....

....., dnia

.....
 (podpis osoby upoważnionej do sporządzenia oferty)

OŚWIADCZENIE

Składając ofertą na wykonywanie badań histopatologicznych, immunohistopatologicznych i cytologicznych wg rzeczywistych potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie

oświadczam, że:

1. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
2. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania określonych prac lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
3. Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem ekonomicznym, technicznym i zespołem kadrowym, zdolnym do wykonywania danego zamówienia.
4. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
5. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
7. Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.
8. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy o świadczenie usług medycznych i zobowiązuję się do ich podpisania, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego

Na każde żądanie zamawiającego dostarczymy niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto oświadczamy, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

..... dn.

(imię i nazwisko)
podpis osoby upoważnionej

Wzór Umowy Nr.....

W dniu2017r. pomiędzy:

Samodzielny Publiczny Zakładem Opieki Zdrowotnej w Kępnie ul. Szpitalna 7, 63-600 Kępno
reprezentowanym przez:

- | | | | |
|----|------------------------|---|-----------------|
| 1. | Lek. Jakub Krawczyk | - | Dyrektor |
| 2. | mgr Beata Andrzejewska | - | Główny Księgowy |

wpisanym w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej przez Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000006953 , NIP 619-18-27-089, REGON 000308548 nazwanym w treści umowy **"Zamawiającym"**, a:

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

NIP; REGON; KRS

Reprezentowanym/ą przez:

..... -

Zwanym/ą w treści umowy **„Wykonawcą”**,

na podstawie art. 27 ustawy z dn.15.04.2011r o działalności leczniczej (Dz.U.2015.618) oraz z dn.29.01.2004r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz.U. z 2015r., poz. 2164 ze zm.), w rezultacie wyboru oferty w trybie konkursu ofert ogłoszonego w dniu 29.11.2017., zawarta została umowa o następującej treści:

§ 1.

1. Przedmiotem umowy jest wykonywanie badań histopatologicznych planowych i śródoperacyjnych, immunohistopatologicznych i cytologicznych na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie , zgodnie z Ofertą stanowiącą załącznik nr 1 do umowy.
2. Odbiór materiału tkankowego odbywać się będzie w pojemnikach jednorazowych na materiał biologiczny i kontenerach transportowych. Pojemniki dostarcza Wykonawca przedmiotu zamówienia.
3. Materiał tkankowy odbierany będzie:
 - 3.1. w miejscu/ch:
-
 - 3.2. Z częstotliwością:
-
 - 3.3. W godzinach:
4. Wykonawca oświadcza, że posiada wymagane możliwości techniczne, wiedzę oraz konieczne do wykonania przedmiotu umowy świadectwa lub certyfikaty.
5. Wykonawca oświadcza, że przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność, za wykonanie zleconych badań:
 - 1) przez osoby legitymujące się wymaganymi kwalifikacjami, określonymi w odrębnych przepisach,
 - 2) zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.
4. Cena z oferty jest ceną obowiązującą i nie podlegającą zmianie przez okres realizacji umowy.

§ 2.

Umowa zostaje zawarta na okres dwóch lat, tj. oddo.....

§ 3.

Zapłata za wykonywane badania dokonywana będzie na rachunek bankowy Wykonawcy w ciągu 30 dni od daty doręczenia faktury/rachunku Zamawiającemu. Faktura/rachunek będzie wystawiona(y) w terminie do 7 dnia danego miesiąca za miesiąc poprzedni.

§ 4.

Wykonawca wystawiać będzie faktury VAT/rachunki Zamawiającemu na podstawie skierowań, opatrzonych pieczętką Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie.

§ 5.

Zamawiający zastrzega sobie prawo realizacji umowy według uzasadnionych potrzeb.

§ 6.

W razie wątpliwości Zamawiający ma prawo skontrolować u Wykonawcy oryginały skierowań, które Wykonawca ma obowiązek przechowywać przez pół roku od daty wystawienia faktury/rachunku w której uwzględnione zostało skierowanie.

§7.

1. Osobą odpowiedzialną ze strony Zamawiającego jest.....tel.....
e-mail.....
2. Osobą odpowiedzialną za strony Wykonawcy jest tel..... e-mail.....

§ 8.

3. W przypadku awarii aparatury Wykonawca odpowiada za nieterminowe wykonanie badań i jest zobowiązany jest do wykonania badań w innej placówce za cenę określoną w umowie.
4. Kary umowne:
 - a) Wykonawca będzie zobowiązany do zapłaty kary umownej za każdy dzień zwłoki w wykonaniu na rzecz Zamawiającego badań będących przedmiotem umowy, z zastrzeżeniem, że zwłoka ta wyniknęła za przyczyną leżącą po stronie Wykonawcy, a nie była spowodowana technologią badania w wysokości 5% ceny jednostkowej oznaczenia za każdy dzień zwłoki,
 - b) Zastrzeżenie kar umownych nie pozbawia Stron możliwości dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych, w przypadku gdy wysokość naliczonych kar umownych nie pokryje powstałej szkody.
 - c) Zapłata kar umownych zostanie dokonana w terminie 14 dni liczonych od dnia wystąpienia z żądaniem jej zapłaty.
5. Zamawiający w razie opóźnienia w zapłacie kary umownej przez Wykonawcę będzie mógł potrącić należną mu kwotę z dowolnej należności Wykonawcy

§ 9.

1. Wykonawca zapewni wykonanie badań histopatologicznych, immunohistopatologicznych i cytologicznych przy użyciu urządzeń gwarantujących skuteczną diagnostykę i spełniających standardy określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia – będących w swojej dyspozycji, pod nadzorem zatrudnionego personelu o właściwych dla przedmiotu zamówienia kwalifikacjach.
2. Na podstawie przyjętych zleceń prowadzony będzie rejestr przyjmowanych do wykonania badań oraz pacjentów według wymogów dla prowadzenia dokumentacji medycznej.
Zleceniobiorca zobowiązany jest do elektronicznego rejestrowania badań, do wydawania opisów badań formie pisemnej.

§ 10.

Wykonawca zobowiązuje się do poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wykonywanych badań na rzecz Zamawiającego oraz na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 nr 164 poz.1027 z późn. zm.).

§ 11.

1. Wykonawca obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i oświadcza, iż posiada ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielenia świadczeń zdrowotnych, zgodne z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawa.
2. Kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmującego zamówienie, stanowiąca dowód zawarcia umowy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 1 stanowi załącznik do oferty Przyjmującego zamówienie.
3. Wykonawca zobowiązuje się do zachowania ciągłości ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz do przedłożenia Zamawiającemu kserokopii dowodu aktualizacji polisy ubezpieczeniowej, o której mowa powyżej, po każdorazowym upływie terminu obowiązywania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, w terminie 30 dni od zawarcia nowej umowy ubezpieczenia lub przedłużenia terminu obowiązywania dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

§ 12.

1. Strony mogą rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Zamawiający może rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy:
 - a) Wykonawca utraci prawo wykonywania świadczeń objętych umową,
 - b) działalność Wykonawcy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych ulegnie rozwiązaniu,

- c) Wykonawca nie spełnieni wymogów określonych w §11 ust.3 umowy,
d) stwierdzone zostaną w wyniku kontroli dokonanej przez Zamawiającego rażące uchybienia Wykonawcy w zakresie wykonywania przez niego zamówienia.

§ 13.

1. Wykonawca nie może bez zgody Zamawiającego przenieść wierzytelności wynikających z realizacji niniejszej umowy na osoby trzecie.
2. Wszystkie zmiany niniejszej umowy dokonywane będą na piśmie pod rygorem nieważności.

§ 15.

W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne właściwe przepisy prawa.

§ 16.

Spory wynikłe w trakcie wykonywania niniejszej umowy Strony zobowiązują się poddać rozstrzygnięciu Sądu właściwego dla Zleceniodawcy.

§ 17.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze Stron.

ZLECENIOBIORCA

ZLECENIODAWCA