

Załącznik nr 1

Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia
w Łapszach Niżnych
ul. Długa 169
34 – 442 Łapsze Niżne

FORMULARZ OFERTOWY

1. Ja,

działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy składającego ofertę:

Pełna nazwa:

Adres siedziby:.....

Adres do korespondencji:.....

Telefon:

E – mail:

Numer faxu:

E – mail:

Numer wpisu do właściwego podmiotów leczniczych

prowadzonego przez

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego.....

prowadzonego przez

NIP

REGON

odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące realizacji świadczenia usługi w zakresie badań mammografii, kolposkopi, wykonywanie zdjęć i opisów RTG, krioterapi

ginekologicznej oraz elektrokoagulacji dla SPGOZ w Łąpszach Niżnych, oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Lp.	Nazwa badania	Szacunkowa liczba świadczeń na 12 miesięcy	Cena jednostkowa badania brutto	Wartość badania brutto	Termin wykonania badania i dostarczenia wyników
1.	Zdjęcie klatki piersiowej w projekcie AP i bocznej	180			3 dni robocze
2.	Zdjęcie klatki piersiowej w projekcie AP	180			3 dni robocze
3.	Zdjęcie kostne – w przypadku kręgosłupa w projekcie AP i bocznej (cały kręgosłup)	120			3 dni robocze
4.	Zdjęcie kostne – w przypadku kręgosłupa w projekcie AP i bocznej (odcinek)	170			3 dni robocze
5.	Zdjęcie kostne – w przypadku kończyn w projekcie AP i bocznej	160			3 dni robocze
6.	Zdjęcie kostne – w przypadku miednicy w projekcie AP i bocznej	110			3 dni robocze
7.	Zdjęcie czaszki	50			3 dni robocze
8.	Zdjęcie zatok	100			3 dni robocze
9.	Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	20			3 dni robocze
10.	Mammografia	70			7 dni
11.	Kolposkopia z możliwością pobrania materiału do badań histopatologicznych	30			7 dni
12.	Krioterapia ginekologiczna	30			7 dni
13.	Elektrokoagulacja	30			7 dni
RAZEM:					

2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami umowy i nie wnoszę w stosunku do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam/y, że spełniam/y warunki udziału w postępowaniu.
4. Zobowiązuję(jemy) się do wykonania przedmiotu zamówienia w terminie wskazanym w zapytaniu ofertowym.
5. Oświadczam/y, że jestem(śmy) związani niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania ofert.

6. Oświadczam/y, że zobowiązuję(jemy) się, w przypadku wyboru niniejszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym i ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODOI) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

....., dnia

.....

podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

OŚWIADCZENIE

Nazwa Wykonawcy:

.....

Adres:

.....

Niniejszym oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011.293.1729).

.....

data

.....

podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Załącznik nr 3

PROJEKT UMOWA

Zawarta w dniu w Łąpszach Niżnych pomiędzy :

**Samodzielnym Publicznym Gminnym Ośrodkiem Zdrowia w Łąpszach Niżnych, ul. Długa 169,
KRS 0000003435, REGON: 490529927 NIP: 735-21-89-299,**

reprezentowanym przez: mgr Antoninę Jasińską – Kierownika

zwanym w dalszej części umowy **Zleceniodawcą**

a

.....

zwanym w dalszej części umowy **Zleceniobiorcą**

§1

1. Zleceniodawca zleca a Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania świadczenia zdrowotne z zakresu badań mammografii, kolposkopi, wykonywanie zdjęć i opisów RTG, krioterapii ginekologicznej oraz elektrokoagulacji dla SPGOZ w Łąpszach Niżnych, określonych w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
2. Wskazane w załączniku nr 1 ilości są wartościami maksymalnymi i Zleceniodawca będzie uprawniony do wykorzystania w trakcie trwania umowy dowolnej ilości z tych świadczeń, zgodnie z zaistniałym zapotrzebowaniem. Zleceniobiorca oświadcza, że nie będzie wnosił roszczeń z tytułu niewykorzystania przez Zleceniodawcę zamówienia w pełnym zakresie ilościowym lub wartościowym.
3. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do zmniejszenia bądź zwiększenia ilości poszczególnych badań z zastrzeżeniem, że wartość wszystkich świadczeń nie może przekroczyć kwoty wynagrodzenia umownego określonego w niniejszej umowie.

§2

1. Zleceniobiorca będzie wykonywał badania, o których mowa w §1 na podstawie imiennego skierowania, wystawionego przez Zleceniodawcę, które jest jednocześnie zamówieniem wykonania usługi.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonać badania w terminie nie dłuższym niż dodni od zgłoszenia.
3. Świadczenia określone w §1 będą udzielane w jednostce zlokalizowanej w ul.
4. Sposób rejestracji:.....

§3

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania przedmiotu umowy z najwyższą starannością na poziomie odpowiadającym współczesnej wiedzy medycznej.
2. Zleceniobiorca przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za zapewnienie udzielania świadczeń określonych w §1 ust. 1 przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach przewidzianych w obowiązujących przepisach.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że sprzęt i aparatura medyczna wykorzystywana przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych spełnia wymagania określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa i spełnia wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak również pomieszczenia, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne odpowiadają wymogom sanitarnym określonym w stosownych przepisach i odpowiadają wymogom Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. Zleceniobiorca zobowiązany jest posiadania przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy, umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie niniejszej umowy. Warunki ubezpieczenia winny odpowiadać warunkom określonym w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2011.293.1729) Zleceniobiorca zobowiązuje się do doręczenia Zleceniodawcy kopii stosownej polisy ubezpieczeniowej.
5. Zleceniobiorca oświadcza, że świadczenia wykonywane przez niego na podstawie umów z innymi podmiotami nie będą miały wpływu na ilość, jakość, koszt i terminowość udzielanych świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.
6. Zleceniobiorca na żądanie Zleceniodawcy w terminie 3 dni roboczych udzieli mu pisemnej informacji o przebiegu wykonywania umowy.
7. Zleceniobiorca w zakresie wykonywania umowy zobowiązany jest do:
 - a) prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i wymogami NFZ dotyczącymi publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
 - b) prowadzenia rejestru osób, którym udzielono świadczeń w ramach niniejszej umowy z przestrzeganiem przepisów dotyczących ochrony danych osobowych pacjentów.

§4

1. Zleceniobiorca wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.
2. Zleceniobiorca przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli Zleceniodawcy w zakresie niezbędnym dla ustalenia prawidłowości wykonywania niniejszej umowy.

§5

1. Całkowita wartość Umowy określonej w § 1 – według załącznika – opiewa na kwotę: zł brutto

(słownie:).

Z tytułu realizacji niniejszej umowy Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy wynagrodzenie za wykonanie świadczeń zdrowotnych według cen wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.

2. Ceny wymienione w ust. 1 nie ulegnie zmianie przez czas trwania umowy.
3. Rozliczenie między stronami z tytułu świadczeń określonych niniejszą umową następuje miesięczne, na podstawie wystawionych przez Zleceniobiorcę faktur VAT.
4. Wraz z fakturą Zleceniobiorca przekaże Zleceniodawcy rozliczenie finansowe z realizacji umowy za dany miesiąc .
5. Rozliczenie, o którym mowa w ust. 2 niniejszej umowy obejmuje zestawienie wykonanych w danym miesiącu świadczeń zdrowotnych oraz koszt ich wykonania.
6. Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty należności w ciągu 14 dni od daty otrzymania faktury VAT na konto Zleceniobiorcy.

§6

1. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy na zasadzie określonej w obowiązujących przepisach prawa oraz w niniejszej umowie.
2. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność majątkową za straty i szkody poniesione przez Zleceniodawcę, w związku z wykonywaniem umowy, a będące następstwem zawinionego działania Zleceniobiorcy lub zaniechania, rażącego niedbalstwa lub braku należytej staranności. Do odpowiedzialności stosuje się przepisy k.c.
3. Strony ustalają odpowiedzialność Zleceniobiorcy z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania pojedynczego świadczenia wynikającego z niniejszej umowy w formie kary umownej stanowiącej równowartość 200% wynagrodzenia brutto za dane wadliwe świadczenie. Kary umowne mają charakter zaliczany, co oznacza, iż w przypadku gdyby

wysokość szkody przekroczyła wysokość kar umownych Zleceniodawca będzie mógł żądać odszkodowania uzupełniającego do wysokości poniesionej szkody.

§7

1. Umowa niniejsza zostaje zawarta na czas określony 12 miesięcy, od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia 31 grudnia 2023 r.
2. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia dokonany na piśmie, na koniec miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem ustępu następnego.
3. Podstawą wypowiedzenia umowy może być rażące naruszenie postanowień niniejszej umowy, w szczególności niewykonanie zobowiązań wynikających z umowy, nieterminowe wykonanie badań lub nieodpowiednia jakość świadczeń realizowanych przez Zleceniobiorcę.
4. Zleceniodawcy przysługiwało będzie, niezależnie od postanowień ustępów poprzednich, uprawnienie do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia (ze skutkiem natychmiastowym) w przypadku niedokumentowania (najpóźniej w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy) zawarcia przez Zleceniobiorcę umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w §3 ust. 4.

§8

Każda zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§9

Wszelkie ewentualne spory związane z niniejszą umową strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego miejscowo ze względu na siedzibę Zleceniodawcy.

§10

W sprawach nie uregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

§11

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

Zleceniodawca

Zleceniobiorca

.....

.....

LICZBA, KWALIFIKACJE I DOŚWIADCZENIE
osób mających udzielać świadczeń zdrowotnych

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje	Doświadczenie
1.			
2.			
3.			
4.			

.....

data

.....

podpis Zleceniobiorcy