Załącznik nr 1 do SWKO

Gdynia, dnia ………….. 2020 r.

### FORMULARZ OFERTY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansu magnetycznego z opisem badania**

**Nr konkursu ofert: 1/UiK/2020**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA OFERENTA** |  |
| **ADRES WRAZ Z KODEM POCZTOWYM** |  |
| **NUMER TELEFONU** |  |
| **NUMER FAXU** |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO OSOBY LUB OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA OFERENTA** |  |
| **REGON** |  |
| **NIP** |  |
| **NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ**  |  |
| **DATA I NUMER WPISU DO KRS LUB DATA WPISU DO CEIDG** |  |
| **NAZWA BANKU I NUMER KONTA BANKOWEGO OFERENTA** |  |

Załącznik nr 1 część A do SWKO

Załącznik nr 1 do Umowy

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansu magnetycznego
z opisem badania na rzecz Szpitali Pomorskich Sp. z o.o. zwanego dalej “Udzielającym Zamówienia”
– według wykazu badań wskazanych poniżej na okres począwszy od 01.01.2021 r do 31.12.2025 r.

1. **Wykaz świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia zdrowotnego** | **Cena brutto** | **Ilość szacunkowa rocznie\*** | **Wartość brutto** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 3 x kol. 4** |
| 1 | Głowa, w tym: |  | 648 |  |
| 1A | Głowa (bez kontrastu) |
| 1B | Głowa (bez i z kontrastem, w tym szybkie sekwencje do oceny nadostrego udaru mózgu) |
| 1C | Oczodoły (bez kontrastu) |
| 1D | Oczodoły (bez i z kontrastem) |
| 1E | Twarzoczaszka (bez kontrastu) |
| 1F | Twarzoczaszka (z kontrastem) |
| 1G | Szyja (bez kontrastu) |
| 1H | Szyja (bez i z kontrastem) |
| 1I | Przysadka z kontrastem |
| 1J | Zatoki (bez kontrastu) |
| 1K | Zatoki (bez i z kontrastem) |
| 2A | Angio - MR głowa |  | 2 |  |
| 2B | Angio - MR (bez kontrastu) |
| 2C | Angio - MR (bez i z kontrastem) |
| 3A | MR Głowy + Angio MR (bez kontrastu)  |  | 76 |  |
| 3B | MR Głowy + Angio MR (bez i z kontrastem)  |
| 4 | Kręgosłup 1 odcinek bez i z kontrastem, w tym: |  | 244 |  |
| 4A | Szyjny (bez kontrastu) |
| 4B | Szyjny (bez i z kontrastem) |
| 4C | Piersiowy (bez kontrastu) |
| 4D | Piersiowy (bez i z kontrastem) |
| 4E | Lędźwiowy (bez kontrastu) |
| 4F | Lędźwiowy (bez i z kontrastem) |
| 5A | Kręgosłup 2 odcinki (bez kontrastu) |  | 20 |  |
| 5B | Kręgosłup 2 odcinki (bez i z kontrastem) |
| 6A | Kręgosłup 3 odcinki (bez kontrastu) |  | 2 |  |
| 6B | Kręgosłup 3 odcinki (bez i z kontrastem) |
| 7 | MRI 2 okolice anatomiczne inne niż części kręgosłupa |  | 2 |  |
| 8 | MRI 3 okolice anatomiczne inne niż części kręgosłupa |  | 2 |  |
| 9A | Tkanki miękkie wskazanej okolicy (bez kontrastu) |  | 2 |  |
| 9B | Tkanki miękkie wskazanej okolicy (bez i z kontrastem) |
| 10A | Jama brzuszna (bez kontrastu) |  | 48 |  |
| 10B | Jama brzuszna (bez i z kontrastem) |
| 11A | Miednica mała (bez kontrastu) |  | 16 |  |
| 11B | Miednica mała (bez i z kontrastem) |
| 12 | MRI piersi |  | 2 |  |
| 13A | Kości, stawy (bez kontrastu) |  | 28 |  |
| 13B | Kości, stawy (bez i z kontrastem) |
| 14 | MRI Whole Body kostne |  | 2 |  |
| 15 | Artrografia |  | 2 |  |
| 16 | MRCP - drogi żółciowe |  | 36 |  |
| 17 | Urografia |  | 2 |  |
| 18A | MRI Serca - ocena funkcji serca |  | 2 |  |
| 18B | MRI Serca - ocena żywotności z kontrastem |
| 18C | MRI Serca - ocena zmian morfologicznych z kontrastem |
| **RAZEM (roczna wartość Oferty):** |  |

*\*Faktyczne ilości wykonywanych badań będą uzależnione wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego zamówienie i mogą ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu.*

**Stawka czynszu zaoferowana przez Przyjmującego zamówienie wynosi ……… netto za 1 m2/m-c,
co daje odpowiednio ………. zł brutto za 1 m2/m-c.**

Numer telefonu kontaktowego do Pracowni: …………………………………………………………………….

Wykaz dni i godzin pracy pracowni\*:

⬜ 5 dni tygodniowo, tj. od poniedziałku do piątku, w godzinach 8:00 do 19:00

⬜ 6 dni tygodniowo, tj. od poniedziałku do soboty, w godzinach ………………..…..…... *(proszę uzupełnić)*

⬜ 7 dni tygodniowo, tj. od poniedziałku do niedzieli, w godzinach …………...………….. *(proszę uzupełnić)*

*\* wstawić X w odpowiednie pole*

 ………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

Załącznik nr 1 część B do SWKO

1. **Składający ofertę oświadcza, że:**
2. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, w zakresie którego składa niniejszą ofertę.
3. zapoznał się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert wraz z załącznikami i nie wnosi w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. nie wnosi żadnych zastrzeżeń do załączonego wzoru umowy wraz z załącznikami oraz zobowiązuje się do podpisania na warunkach określonych w tym wzorze w miejscu i terminie określonym przez Udzielającego Zamówienia, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 6
do SWKO.
5. nie wnosi żadnych zastrzeżeń do załączników nr 5, 8, 9, 10 i 11 do SWKO.
6. zobowiązuje się do utrzymania niezmiennej ceny za realizację świadczeń zdrowotnych przez okres trwania umowy, chyba że konieczność takich zmian wynika z okoliczności, których
nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy
7. jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu, na który jest składana oferta, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
(j.t. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 ze zm.) i pozostałych przepisach.
8. posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
9. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu, tj.:
	1. przez okres co najmniej roku przed dniem składania ofert w niniejszym konkursie wykonał
	na rzecz podmiotów leczniczych minimum 200 badań z zakresu rezonansu magnetycznego
	i w okresie tym nie została z nim rozwiązana umowa z powodu nienależytego wykonywania usług z tego zakresu,
	2. posiada środki i możliwości wykonywania badań rezonansu magnetycznego w ilości i rodzaju
	nie mniejszym niż objęte niniejszym konkursem.
10. dysponuje osobami uprawnionymi do wykonania niniejszego zamówienia, tj.: personelem uprawnionym i zdolnym do wykonywania i opisów badań zgodnie z właściwymi wymogami prawa oraz standardami NFZ, dotyczącymi osób wykonujących czynności w pracowni rezonansu magnetycznego.
11. oferuje realizację usług przez cały okres wskazany w umowie,
12. termin płatności za wykonane badania rezonansu magnetycznego w miesięcznym okresie rozliczeniowym wynosić będzie 30 dni.
13. posiada aktualną polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania / przedłoży umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także zobowiązanie w formie oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy \*
14. zapewni wykonanie badania wraz z dokonaniem opisu przez lekarza, licząc od momentu zgłoszenia zapotrzebowania na wykonanie badania przez personel Udzielającego Zamówienie niezwłocznie, nie później niż 24 godziny od zgłoszenia zapotrzebowania na jego wykonanie.
15. posiada dostęp do Portalu Potencjału udostępniony przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ
w Gdańsku umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem konkursu,
kod Świadczeniodawcy ……………………… / zobowiązuje się wypełnić i przesłać do POW NFZ
w Gdańsku wniosek o założenie konta, w terminie do 7 dni od daty zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem\*.
16. przyjmuje do wiadomości, że może ulec zmianie zakres i rodzaj badań, ze względu
na zapotrzebowanie Udzielającego zamówienia.
17. zobowiązuje się do prowadzenia elektronicznej korespondencji dotyczącej postępowania konkursowego za pośrednictwem poczty email pod adresem wskazanym w Formularzu Oferty stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO.
18. wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty stanem prawnym
i faktycznym.
19. jest świadomy odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.

***\*niewłaściwe skreślić***

 ………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 2 do SWKO**

**Wykaz wykonanych usług z zakresu badań rezonansu magnetycznego na rzecz podmiotów leczniczych** **przez okres trwający co najmniej 1 rok**

Prosimy dołączyć dokumenty (np. co najmniej 1 referencja) potwierdzające, że usługi dotyczące współpracy w zakresie objętym przedmiotem niniejszego konkursu, zostały wykonane należycie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Udzielający zamówienia****(podać nazwę i adres jednostki oraz wskazać, czy jest to podmiot leczniczy)** | **Nazwa i liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych** | **Miejsce wykonywania świadczeń** | **Okres wykonywania badań** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

Załącznik nr 3 do SWKO

 Załącznik nr 2 do Umowy

**Wykaz –** liczba i kwalifikacje zawodowe osób uczestniczących w wykonywaniu umowy\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Numer PWZ** |  **Kwalifikacje zawodowe poszczególnych osób (np. specjalizacja- w przypadku specjalizacji I lub II stopnia należy podać stopień specjalizacji)** | **Staż pracy** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\*obejmuje lekarzy, w szczególności opisujących badanie oraz pielęgniarki uczestniczące podczas badania*

**Osoba wyznaczona do bezpośrednich kontaktów z Udzielającym zamówienia :**

**................................................................................................., tel. ................**

 ………………………………………..

 (data i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 4 do SWKO**

**Załącznik nr 3 do Umowy**

**Wykaz - informacja o wskazaniu jaka aparatura i sprzęt medyczny niezbędny do wykonania badań będzie na wyposażeniu w dzierżawionych pomieszczeniach wraz z wykazem podwykonawców**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **RODZAJ APARATU** | **ROK PRODUKCJI** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Wykaz podwykonawców (nazwa, adres) ze wskazaniem badań zlecanych tym podwykonawcom:**

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

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

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

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

 ………………………………………..

 (data i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 5 do SWKO**

**KLAUZULA INFORMACYJNA W KONKURSIE OFERT**

**Nr postępowania 1/UiK/2020**

**(dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą)**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest spółka Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. (zwany dalej Szpitalem) z siedzibą w Gdyni 81-519 ul. Powstania Styczniowego 1, zarejestrowana
w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ VIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000492201 posiadająca numer NIP 5862286770 oraz numer REGON 190141612*;*
* Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. wyznaczyła Inspektora Ochrony Danych, adres email: iod@szpitalepomorskie.eu;
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. ci e RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
Nr postępowania 1/UiK/2020 prowadzonym w trybie konkursu ofert, do którego złożył/a Pan/Pani formularz ofertowy.
* Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne Administratora Danych Osobowych związane z przeprowadzeniem konkursu, a następnie udokumentowaniem prawidłowości wyboru ofert konkursowych. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom, w szczególności podmiotom uprawionym do kontroli działalności spółki Szpitale Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych.
* Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jeżeli nie poda Pan/Pani danych osobowych i nie wyrazi zgody, nie będziemy mogli przeprowadzić postępowania konkursowego i dokonać jego rozstrzygnięcia z Pani/Pana udziałem.
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych\*;
* prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO.

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż przed wyrażeniem poniższych zgód zapoznałam/-em się
z umieszczoną powyżej Klauzulą Informacyjną i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

TAK

 NIE

1. używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

……………………………………

(data, czytelny podpis Oferenta / upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

# Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

………….........................................

(data, czytelny podpis Oferenta będącego osobą fizyczną / upoważnionego przedstawiciela Oferenta będącego osobą fizyczną)

\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku otwartego konkursu ofert,

\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

**Załącznik nr 7 do SWKO**

**Dane oferenta:**

nazwa Oferenta:

adres:

**WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY PODPISUJĄCEJ FORMULARZ OFERTY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Czytelnie imię i nazwisko** | **Podpis** | **Parafa** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Załącznik nr 9 do SWKO

Załącznik nr 6 do Umowy

**KALKULACJA MIESIĘCZNYCH OPŁAT**

**Za dzierżawę pomieszczeń o łącznej powierzchni** **145,40 m2**

1. Czynsz dzierżawy pomieszczeń o łączne powierzchni **145,40** **m2  x ………………. zł**

**= …………………. Netto**

 Podatek VAT ( 23%) ……………………………..

 **Brutto: ……………………………………………………**

1. Opłata z tytułu korzystania z mediów:

a/ energia elektryczna – ilość obliczana na podstawie zainstalowanego podlicznika,

b/ gazy medyczne – ilość obliczania na podstawie zainstalowanego podlicznika,

c/ woda zimna – ilość obliczana na podstawie zainstalowanych podliczników,

d/ woda ciepła c.w., - podgrzanie – ilość obliczana na podstawie zainstalowanego podlicznika ………….. m3  x 14,62 PLN netto = ………………………. złotych

e/ kanalizacja ( ilość wynikająca z pozycji c + d ) ………… m3  x 4,99 zPLN netto=**………zł**

f/ c.o. 145,40 m2  x 1,44 PLN netto **= …………… zł**

1. Łączna kwota opłat ( pkt. 1 i pkt. 2) niniejszej kalkulacji **brutto ………………………… zł**

Słownie **brutto:** **………………………………………………………………………………………………… zl**

Załącznik nr 12 do SWKO

Załącznik nr 8 do Umowy

**Dane oferenta:**

nazwa Oferenta:

adres:

**Oświadczenie Oferenta**

**o zobowiązaniu się do dostarczenia, zainstalowania**

**oraz uruchomienia fabrycznie nowego urządzenia MRI**

Zobowiązuję się do dostarczenia, zainstalowania oraz uruchomienia fabrycznie nowego urządzenia zgodnego z wymogami określonymi w ogłoszeniu konkursowym i złożoną ofertą, a w szczególności
w system MR o wartości natężenia pola magnetycznego minimum 1,5 T, spełniające wymogi obowiązującego prawa i wymogi NFZ w zakresie wyposażenia pracowni rezonansu magnetycznego
w terminie do 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy na cały okres obowiązywania umowy

…………………………………………………
**Przyjmujący zamówienie**