

Tuchów, 17.09.2024 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

1. **Zamawiający: Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o. ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów**
adres poczty elektronicznej (e-mail): sekretariat@czt.com.pl
adres internetowy: www.czt.com.pl, tel. (14) 65 35 101

zaprasza do złożenia oferty na: wykonanie badań histopatologicznych.

2. **Przedmiot zamówienia: Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonania badań histopatologicznych.**

Badania będą wykonywane na podstawie skierowania wystawionego przez Zamawiającego .
Wydanie wyniku Zamawiającemu powinno nastąpić w terminie do 14 dni od daty dostarczenia materiału do badania.

Zamawiający wymaga, aby badania wykonywane były przez osoby posiadające uprawnienia i kwalifikacje zawodowe określone we właściwych przepisach , z wykorzystaniem sprzętu medycznego posiadającego aktualne wymagane testy i świadectwa oraz zgodnie z wymogami wynikającymi ze standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii i standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej. Zamawiający wymaga, aby materiał do badań odbierany był własnym transportem Przyjmującego zamówienie min. 5 razy w tygodniu z miejsca udzielania świadczeń tj. **33-170 Tuchów, ul. Szpitalna 1 oraz 33-200 Dąbrowa Tarnowska, ul. Szpitalna 1.**

Szacowana liczba zleczanych badań to ok. 550 bloczków miesięcznie oraz ok. 75 barwień immunohistochemicznych.

Zamawiający wymaga, aby Przyjmujący zamówienie zobowiązał się do poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wynikającym z zawartej umowy, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej wykonywanych badań stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów.
Oferowana cena jednostkowa powinna zawierać całościowy koszt badania i konsultacji.

Wynagrodzenie za świadczone usługi rozliczane będzie po wykonaniu usługi, jako iloczyn liczby badań i ceny jednostkowej za wykonane badanie.

Zapłata za wykonane badania będzie następowała na podstawie faktur wystawionych przez Przyjmującego zamówienie w okresach miesięcznych, wraz z dołączonym imiennym wykazem ilości wykonanych badań, rodzajem badania, imienia i nazwiska lekarza kierującego w terminie 30 dni od daty dostarczenia Udzielającemu zamówienie prawidłowo wystawionej faktury wraz z wykazem.

Centrum Zdrowia Tuchów Sp.z o.o
33 - 170 Tuchów, ul.Szpitalna 1, tel. 14 65 35 101, fax 14 65 35 104
e-mail: czt@czt.com.pl, www.czt.com.pl

Kapitał zakładowy: 1 325 000 PLN, Kapitał wpłacony: 1 325 000 PLN
Sąd Rejonowy dla Krakowa Śródmieścia XII Wydział Gospodarczy KRS, KRS 0000282440
NIP: 873-31355-62, Regon: 120446616, Nr konta 778627 0001 2023 9000 8429 0001

3. Termin realizacji umowy: od dnia 01.11.2024 r. do dnia 31.12.2024 r.
4. Kryteria wyboru ofert: 100% cena. O wyborze najkorzystniejszej oferty zadecyduje najniższa cena
5. Sposób przygotowania oferty i jej zawartość:
Ofertę należy sporządzić w języku polskim, w formie pisemnej. Kompletna oferta musi zawierać:

- 1) formularz ofertowy; cena ofertowa powinna obejmować wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia; cena ofertowa musi być podana w złotych polskich cyfrowo i słownie,
- 2) pełnomocnictwo(a) do działania w imieniu wykonawcy (podpisanie oferty, reprezentowanie wykonawcy, ewentualnie inne działania np. podpisanie umowy) – o ile umocowanie(a) osoba(ów) występującej(ych) w imieniu wykonawcy nie wynikają z innych złożonych dokumentów (jeżeli dotyczy),
- 3) aktualny wypis z CEIDG lub odpis z KRS,
- 4) aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy o działalności leczniczej lub zaświadczenie o wpisie do rejestru,
- 5) polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem postępowania, na warunkach określonych w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej i rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2019.866);
- 6) dokument potwierdzający wpis pracowni wykonującej badania do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;

W przypadku składania dokumentów w formie kserokopii, muszą być one poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania Przyjmującego zamówienie, której upoważnienie wynika z dokumentu rejestracyjnego lub udzielonego pełnomocnictwa.

6. Miejsce i termin złożenia ofert:

Ofertę należy złożyć do dnia 07.10.2024 r do godz.15:05 w Sekretariacie Zarządu Zamawiającego (ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów) lub przesłać na adres email: sekretariat@czt.com.pl (w tytule „Oferta – wykonywanie badań histopatologicznych”)

7. Zamawiający zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji ceny z wybranym oferentem w przypadku, gdy cena najkorzystniejszej oferty przewyższy kwotę, którą Zamawiający może przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
8. Zamawiający może odrzucić oferty, które zawierają rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia i budzą wątpliwości co do możliwości wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego lub wynikającymi z odrębnych przepisów.

szpital przyjazny rodzinie



9. Zamawiający może zwrócić się do wybranych oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści oferty.
10. Niniejsze zapytanie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy Prawo zamówień publicznych oraz nie zobowiązuje Zamawiającego do przyjęcia którejkolwiek z ofert. Zamawiający zastrzega sobie prawo do rezygnacji z zamówienia bez dokonania wyboru oferty.
11. O dokonaniu wyboru oferty Zamawiający zawiadomi tego oferenta, którego oferta została wybrana.

12. Osoby upoważnione do udzielania informacji dot. zapytania: Pani Ewelina Kubicz-Hajduk, tel. 14 65 35 207, e-mail: ewelina.kubicz@czt.com.pl.

17 WRZ. 2024

DYREKTOR ADMINISTRACYJNY
Ewelina Kubicz-Hajduk
Ewelina Kubicz-Hajduk

.....
Data, podpis osoby upoważnionej

Centrum Zdrowia Tuchów Sp.z o.o
33 - 170 Tuchów, ul.Szpitalna 1, tel. 14 65 35 101, fax 14 65 35 104
e-mail:czt@czt.com.pl, www.czt.com.pl

Kapitał zakładowy: 1 325 000 PLN, Kapitał wpłacony: 1 325 000 PLN
Sąd Rejonowy dla Krakowa Śródmieścia XII Wydział Gospodarczy KRS, KRS 0000282440
NIP: 873-31355-62, Regon:120446616, Nr konta 778627 0001 2023 9000 8429 0001