



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY<sup>A</sup>**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



*Załącznik nr 1*

*do Zarządzenia Nr 01/2012 z dnia 09.01.2012r.*

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI  
KONKURSU OFERT (SWKO)  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU**

*badan antygenow zgodnosci tkankowej ukkladu HLA*

**na rzecz pacjentów**

**Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Marii Skłodowskiej - Curie  
w Szczecinie.**

Działając na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2013.217 j.t. z późn. zm. ) oraz przepisów art. 146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1-5, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespólny im. Marii Skłodowskiej – Curie w Szczecinie, jako Zamawiający przedstawia warunki udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert.

**I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1). badań antygenów zgodności tkankowej układu HLA:
  - oznaczenie antygenów zgodności tkankowej układu HLA klasy I i II u potencjalnego biorcy nerki
  - wykrywanie przeciwciał cytotoksycznych u potencjalnego biorcy nerki
  - oznaczenie antygenów zgodności tkankowej układu HLA klasy I i II, u dawcy nerki,
  - wykonanie próby krzyżowej (cross-match) u potencjalnych biorców
  - wykonanie próby krzyżowej do przeszczepu rodzinnego

**II. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespólny w Szczecinie  
ul. Arkońska 4  
71-455 Szczecin,



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 39 012

Naczelną  
Pielęgniarką  
(091) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 39 015



SPWSZ SZCZECIN

## SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital  
bez bólu



Adres do korespondencji:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie  
71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl).

Ogłoszenie o konkursie zamieszczono na stronie internetowej [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl).

### III. TERMINY

Termin składania ofert: **od 08 listopada 2017r. do 27 listopada 2017r. do godz.9<sup>00</sup>**

Termin otwarcia ofert: **27 listopada 2017r. godz.13<sup>00</sup>**

Termin związania ofertą: **30 dni od upływu terminu złożenia oferty.**

### IV. OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Udzielający zamówienia wymaga, aby:

- świadczenia medyczne objęte ofertą były udzielane przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające kwalifikacje i uprawnienia, określone w odrębnych przepisach spełniających wymagania przewidziane przez NFZ,
- świadczenia medyczne objęte ofertą były zakończone pisemnym wynikiem podpisanym przez osobę/y z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami,
- świadczenia medyczne objęte ofertą były wykonywane przy użyciu aparatów lub urządzeń gwarantujących skuteczną diagnostykę i spełniających standardy określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz prawodawcę.

Szczegółowy wykaz wymaganych parametrów granicznych znajduje się w **Załączniku nr 1** do niniejszych SWKO.

2. Sposób przygotowania oferty:

- Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę na dany zakres świadczeń.
- Dopuszcza się składanie ofert częściowych, przy czym część rozumiana jako realizacja całego zadania
- Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
- Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami, na formularzach ofertowych wg wzoru stanowiącego **Załączniki od nr. 2 do nr. 6** do niniejszych SWKO.
- Oferta musi być podpisana, a kserokopie potwierdzone z klauzulą „Potwierdzam za zgodność z oryginałem” przez osobę (osoby) uprawnioną do występowania w imieniu oferenta, zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej.
- Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną przez siebie ofertę przed upływem terminu składania ofert.



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 39 012

Naczelną  
Pielęgniarką  
(091) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 39 015



SPWSZ SZCZECIN

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



- g) Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
- h) Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane i spięte w sposób zapobiegający dekompletacji oferty.
- i) Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
- j) Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie.
- k) Ofertę wraz z załącznikami, opatrzoną danymi Oferenta, należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

„Oferta konkursowa na świadczenie usług zdrowotnych dla SPWSZ w zakresie:

.....  
(określić rodzaj postępowania)

nie otwierać przed ..... godz. ....

liczba stron .....

(liczba zapisanych stron/kart umieszczonych w kopercie)”.

- l) W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent może zwrócić się do Zamawiającego o udzielenie informacji niezbędnych do prawidłowego złożenia oferty.
- m) Cena oferty musi być podana w PLN.
- n) Nie przewiduje się zwołania zebrania Oferentów.

## V. WYMAGANE DOKUMENTY

Oferta w formie pisemnej powinna zawierać następujące dokumenty i oświadczenia:

1. W przypadku przedsiębiorstw podmiotów leczniczych:
  - a) decyzję o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia, albo wypis z takiego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
  - b) kopię umowy spółki cywilnej lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienia o zasadach reprezentacji spółki - w przypadku zakładów opieki zdrowotnej, dla których Oranem założycielskim jest spółka cywilna,
  - c) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; Oferent może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy,
  - d) kopie posiadanych certyfikatów jakości ISO, certyfikatu akredytacji, jeżeli Oferent posiada takie certyfikaty.
2. W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej:
  - a) decyzję o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia, albo wypis z takiego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 39 012

Naczelną  
Pielęgniarką  
(091) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 39 015



## SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



- b) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru towarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
  - c) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; Oferent może złożyć także umowę przedwstępną
  - d) Kopie posiadanych certyfikatów jakości ISO, certyfikatu akredytacji, jeśli oferent posiada takie certyfikaty.
3. W przypadku oferentów prowadzących działalność gospodarczą:
- a) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub
  - b) aktualny odpis Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru przedsiębiorstw, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
  - c) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; Oferent może złożyć także umowę przedwstępną,
  - d) Kopie posiadanych certyfikatów jakości ISO, certyfikatu akredytacji, jeśli oferent posiada takie certyfikaty.

### VI. KRYTERIUM I SPOSÓB WYBORU OFERTY

100% cena - Wygrywa oferta z najniższą ceną, przy spełnieniu wymaganych parametrów granicznych

### VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie w dniach od 08 listopada 2017r. do 27 listopada 2017r. do godz. 9<sup>00</sup> (wyłącznie w dni powszednie) w Kancelarii Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie, ul. Broniewskiego 2.
2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:  
„Oferta konkursowa na świadczenie usług zdrowotnych dla SPWSZ w zakresie:  
.....  
(określić rodzaj postępowania)  
nie otwierać przed ..... godz. ....  
liczba stron .....  
(liczba zapisanych stron/kart umieszczonych w kopercie)”.
3. Na swój wniosek Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty. W przypadku nadania oferty za pośrednictwem poczty, należy ofertę umieścić w zaklejonej i opisanej kopercie w sposób określony powyżej i przesłać pod wskazany niżej adres:  
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie  
ul Arkońska 4  
71-455 Szczecin
4. Oferta przesłana pocztą uznana będzie za złożoną w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do SPWSZ przed upływem terminu określonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w dzienniku korespondencyjnym SPWSZ w Szczecinie.



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 39 012

Naczelną  
Pielęgniarką  
(091) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

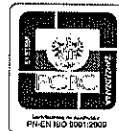
Główny  
Księgowy  
(091) 81 39 015



SPWSZ SZCZECIN

## SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital  
bez bólu



### VIII. SPOSÓB DOKONYWANIA ZMIAN I WYCOFANIA OFERT

1. Oferent może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonych ofert na tych samych zasadach i w terminie określonym do składania ofert.
2. Wszelkie zmiany, o których mowa w punkcie poprzedzającym muszą być złożone według takich samych zasad, jak złożona oferta, odpowiednio oznakowanych z dopiskiem „ZMIANA OFERTY”.
3. Koperty oznaczone dopiskiem „ZMIANA OFERTY” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty Oferenta, który wprowadził korekty i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonywania zmian, zmiany zostaną dołączone do oferty.
4. W przypadku uchybienia terminowi określonemu do składania ofert, koperty z dopiskiem „ZMIANA OFERTY” nie zostaną otwarte oraz uwzględnione w prowadzonym postępowaniu, a następnie zwrócone Oferentowi bez otwierania.
5. Oferent ma prawo przed upływem terminu składania ofert wycofać się z postępowania konkursowego poprzez złożenie pisemnego powiadomienia, według tych samych zasad jak w przypadku wprowadzania zmian, z napisem na zewnętrznej kopercie „WYCOFANIE OFERTY”.
6. Oferty wycofane nie będą otwierane i zostaną zniszczone komisyjnie.
7. W przypadku uchybienia terminowi określonemu do składania ofert, koperty z dopiskiem „WYCOFANIE OFERTY” nie zostaną otwarte oraz uwzględnione w prowadzonym postępowaniu, a następnie zwrócone oferentowi.
8. Oferentowi składającemu ofertę odnośnie części/zakresu Ogłoszenia, przysługuje prawo do zmiany lub wycofania oferty w zakresie poszczególnych pozycji Ogłoszenia.

### IX. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ DOTYCZĄCYCH KONKURSU

1. Oferenci w zakresie Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert mogą zgłaszać pisemnie pytania za pośrednictwem poczty, składać osobiście w Kancelarii SPWSZ w Szczecinie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: [myslak@spwsz.szczecin.pl](mailto:myslak@spwsz.szczecin.pl); [witulska@spwsz.szczecin.pl](mailto:witulska@spwsz.szczecin.pl).
2. Wszelkie wyjaśnienia dotyczące Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert będą niezwłocznie umieszczone na stronie internetowej SPWSZ w Szczecinie: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl).

### X. KOMISJA KONKURSOWA

1. W celu przeprowadzenia postępowania konkursowego dla świadczenia określonego w Ogłoszeniu powoływana jest Komisja Konkursowa.
2. Dyrektor SPWSZ powołuje Komisję Konkursową w składzie co najmniej trzech członków i wyznacza spośród składu Przewodniczącego, który kieruje pracami Komisji.
3. Komisja rozpoczyna pracę nie wcześniej niż po dokonaniu ogłoszenia i kończy pracę z chwilą rozstrzygnięcia konkursu.
4. Komisja podejmuje decyzje zwykłą większością głosów przy obecności pełnego składu.
5. Członek Komisji Konkursowej podlega wyłączeniu z udziału w pracach Komisji, gdy Oferentem jest:
  - a) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia,
  - b) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
  - c) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
  - d) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,



Dyrektor  
Naczelny

(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa

(091) 81 39 012

Naczelną  
Pielęgniarką

(091) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy

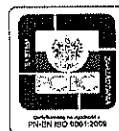
(091) 81 39 015



SPWSZ SZCZECIN

## SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



- e) pozostają z Oferentem w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości, co do ich bezstronności.
6. Udzielający zamówienia w sytuacji, o której mowa w pkt. 5, dokonuje z urzędu lub na wniosek członka Komisji, Przewodniczącego i Oferenta, wyłączenia i powołuje nowego członka Komisji Konkursowej.

### XI. MIEJSCE I TERMIN ORAZ TRYB OTWARCIA OFERT

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie ogłaszającego w Szczecinie ul. Broniewskiego 2, III piętro, pok. 427 (Sala Konferencyjna) w dniu 27 listopada 2017r. o godz. 13<sup>00</sup>.
2. Do chwili otwarcia ofert Ogłaszający przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.
3. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej. Oferent może uczestniczyć tylko w części jawnej Konkursu.
4. Komisja konkursowa:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz informuje o liczbie otrzymanych ofert,
  - b) ogłasza dane personalne oraz adres Oferenta, którego oferta jest otwierana,
  - c) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
  - d) odrzuca oferty nie odpowiadające wymogom określonym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert lub złożone po terminie,
  - e) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, a które zostały odrzucone,
  - f) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia składane przez Oferentów,
  - g) Komisja Konkursowa może zobowiązać Oferentów do usunięcia braków formalnych w terminie 2 dni pod rygorem odrzucenia oferty,
  - h) wybiera najkorzystniejsze oferty albo nie przyjmuje żadnej.
5. Czynności, o których mowa ust. 4 lit. c), d) i h), Komisja Konkursowa przeprowadza na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów.
6. W trybie przewidzianym w ust. 4 lit. g) nie można dokonać uzupełnienia oferty w zakresie propozycji cenowej oraz warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych.

### XII. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

1. Komisja Konkursowa rozstrzyga o wynikach postępowania konkursowego w ciągu 14 dni od daty otwarcia ofert.
2. Kryteria wyboru ofert ustalane będą każdorazowo, w zależności od wymagań i specyfiki usług.
3. Komisja konkursowa niezwłocznie przedstawia Udzielającemu zamówienia (Dyrektorowi SPWSZ) protokół z przebiegu konkursu wraz z umotywowanym wnioskiem o udzielenie zamówienia wybranemu Oferentowi (wybranym Oferentem).
4. Wyniki konkursu uznaje się za obowiązujące po zatwierdzeniu przez Dyrektora SPWSZ w Szczecinie.
5. Komisja konkursowa zawiadamia Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na tablicy ogłoszeń SPWSZ w Szczecinie oraz na stronie internetowej: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl), przez okres co najmniej 7 dni, począwszy od następnego dnia po zatwierdzeniu wyników przez Dyrektora SPWSZ w Szczecinie.
6. Odrzuca się ofertę:
  - a) złożoną przez oferenta po terminie;



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 39 012

Naczelna  
Pielęgniarka  
(091) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administrcyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 39 015



SPWSZ SZCZECIN

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4

Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09

Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)

NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274

PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



- b) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
- c) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
- d) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
- e) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
- f) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienie.

### XIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do ich składania.

### XIV. ZASTRZEŻENIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu na każdym jego etapie oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.
2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść dokumentów składających się na Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert.
3. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Udzielający zamówienia może przedłużyć termin składania ofert. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania – Oferenta i Udzielającego zamówienia będą podlegały nowemu terminowi.
4. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
5. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę Oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługują status Oferenta.
6. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
7. Umowa zostanie zawarta na okres od stycznia 2018r. do grudnia 2020r., po wyrażeniu pozytywnej opinii, a także po udzieleniu zgody przez Dyrektora SPWSZ w Szczecinie.
8. Umowa zawarta zostaje z chwilą podpisania jej przez obie strony. Wymaga ona formy pisemnej pod rygorem nieważności.
9. Zakazana jest zmiana postanowień zawartej umowy oraz wprowadzenie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
10. Wszystkie oświadczenia, wnioski oraz zawiadomienia Udzielający zamówienia oraz Oferenci przekazują pisemnie.
11. Oferent nie może zaproponować za określone świadczenie ceny wyższej, jeżeli Udzielający zamówienia w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert określił cenę maksymalną (dotyczy to również wskaźnika procentowego).
12. Komisja Konkursowa odrzuci ofertę, jeżeli Oferent zaferuje cenę wyższą niż cena, o której mowa w pkt. 11.
13. Oferty odrzucone, nieprzyjęte, a także w przypadku odwołania, uwzględniania protestu lub umorzenia części/zakresu postępowania konkursowego zostaną stosownie do odpowiedniej części/ zakresu komisyjnie zniszczone.



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 39 012

Naczelną  
Pielęgniarką  
(091) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 39 015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



#### XV. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOM

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowaną skargę. Do czasu rozstrzygnięcia skargi postępowanie konkursowe zostanie zawieszona. W ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wyniku konkursu Oferent może złożyć do zamawiającego umotywowany protest.
2. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do kierownika udzielającego zamówienie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.

#### XVI. ZAWARCIE UMOWY

1. Projekt Umowy stanowi **Załącznik nr 7** do niniejszych SKWO.
2. Umowa będzie zawarta na okres od stycznia 2018r. do grudnia 2020r. ( 36 miesięcy)
3. Oferent, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o miejscu i terminie podpisania umowy.
4. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Zamawiający wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

#### XVII. OFERTA POWINNA ZAWIERAĆ:

1. Stronę tytułową – zgodnie z Załącznikiem nr 2 do SKWO
2. Spis treści – zgodnie z Załącznikiem nr 3 do SKWO
3. Formularz oferty – zgodnie z Załącznikiem nr 4 do SKWO
4. Ofertę cenową – zgodnie z Załącznikiem nr 5 do SKWO
5. Dane oferenta – zgodnie z Załącznikiem nr 6 do SKWO



Dyrektor  
Naczelny  
(001) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(001) 81 39 012

Naczelną  
Pielęgniarkę  
(001) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(001) 81 39 015





**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



*Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badania diagnostycznych antygenów zgodności tkankowej układu HLA  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

**Wymagane parametry graniczne:**

**Zadanie nr 1 - badania diagnostyczne antygenów zgodności tkankowej układu HLA:**

Lp.	Warunki graniczne
1	Wszystkie świadczenia wykonywane będą na podstawie zlecenia określonego przez Zleceniodawcę
2	Przechowywanie zleceń i wyników badań Zlecającego odbywać się będzie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi
3	Pobieranie materiału odbędzie się w punktach pobrań Zlecającego przy użyciu systemu pobrań Zlecającego lub w punkcie pobrań Przyjmującego Zamówienie
4	Przyjmowanie materiału, wykonywanie badań i wydawanie wyników w godzinach przed-, jak i popołudniowych, siedem dni w tygodniu
5	Badania wykonywane będą zgodnie z zasadami dobrej praktyki laboratoryjnej wyłącznie w laboratorium Wykonawcy
6	Wykonawca zobowiązuje się dostarczać Zlecającemu oryginały wyników badań oraz przekazać wyniki badań faxem lub mailem
7	Wykonawca zabezpieczy przyjęty materiał do czasu wykonania badania oraz po jego wykonaniu w celu rozstrzygnięcia reklamacji
8	Do oferty dołączone zostały informacje odnośnie wymienionych badań: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wymagania dotyczące pobierania materiału, przechowywania i transportu (maksymalny czas i temperatura)</li> <li>• Prowadzenie wewnętrznej kontroli jakości</li> <li>• Osoba odpowiedzialna za udzielanie informacji</li> <li>• Osoba odpowiedzialna za przyjmowanie reklamacji</li> </ul>
9	Tryb rozpatrywania reklamacji – max 48 godzin na podstawie pisemnego zgłoszenia przesłanego do Wykonawcy
10	Wykonawca wyraża zgodę na poddanie się kontroli Zleceniodawcy na podstawie pisemnego wniosku
11	Czas transportu materiału do Wykonawcy nie dłuższy niż 30 minut
12	Wykonawca gwarantuje tzw. dyżury „nerkowe”



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 30 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 30 012

Naczelną  
Pielęgniarką  
(091) 81 30 016

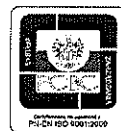
Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 30 015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



*Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badania diagnostycznych antygenów zgodności tkankowej układu HLA  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

**STRONA TYTUŁOWA OFERTY**

**OFERTA**

Postępowanie .....  
(wpisać przedmiot postępowania)

Oferent: .....  
(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

Oferta zawiera ..... kolejno ponumerowanych stron.

.....  
(podpis i pieczęćka oferenta)



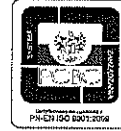
Dyrektor Naczelny (091) 81 30 011	Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa (091) 81 30 012	Naczelną Pielęgniarką (091) 81 30 016	Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno Administracyjnych	Główny Księgowy (091) 81 30 015
---	---	---	--	---------------------------------------



SPWSZ SZCZECIN

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



*Załącznik nr 3 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badania diagnostycznych antygenów zgodności tkankowej układu HLA  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

**Wzór spisu treści**

Pieczątką firmową z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie .....  
(wpisać przedmiot postępowania oferty)

**Spis treści:**

Nr strony (od - do)

- |         |       |
|---------|-------|
| 1. .... | ..... |
| 2. .... | ..... |
| 3. .... | ..... |
| 4. .... | ..... |
| 5. .... | ..... |
| 6. .... | ..... |
| 7. .... | ..... |

Oferent: .....  
(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

.....  
(podpis i pieczęćka Oferenta)



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 39 012

Naczelna  
Pielęgniarka  
(091) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 39 015



SPWSZ SZCZECIN

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



*Załącznik nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badania diagnostycznych antygenów zgodności tkankowej układu HLA  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

**FORMULARZ OFERTY**

Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych polegających na.....

.....  
*(wpisać przedmiot postępowania)*

- ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4 oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia, oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
4. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
5. Oświadczam, że posiadamy przeszkolony i wykwalifikowany personel zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, gwarantujący wykonanie usługi z należytą starannością.
6. Oświadczam, że spełniam wymagane parametry graniczne, określone w załączniku Nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
7. Oświadczam, że posiadamy odpowiedni sprzęt specjalistyczny oraz pozwolenia w zakresie wykonywania przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
8. Oświadczam, że:
  - a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
  - b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
  - c) akceptuję projekt umowy, i zapisy w nim zawarte;
  - d) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Oświadczam, że oferta składa się z .....ponumerowanych stron.

.....  
*(podpis i pieczętka oferenta)*



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 30 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 30 012

Naczelną  
Pielęgniarką  
(091) 81 30 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 30 015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital  
bez bólu



*Załącznik nr 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badania diagnostycznych antygenów zgodności tkankowej układu HLA  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

**Wzór oferty cenowej**

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta.

Postępowanie .....  
(wpisać przedmiot postępowania)

**Oferta cenowa**

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania we własnym zakresie badań .....  
..... na rzecz Samodzielnego Publicznego  
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4

**Zadanie nr 1 - badania diagnostyczne antygenów zgodności tkankowej układu HLA:**

Lp	NAZWA BADANIA	Orientacyjna liczba usług / rok	Czas oczekiwania na wynik	Oferowana cena jednostkowa za badanie brutto
1	oznaczenie antygenów zgodności tkankowej układu HLA klasy I i II u potencjalnego biorcy nerki	100		
2	wykrywanie przeciwciał cytotoksycznych u potencjalnego biorcy nerki	100		
3	oznaczenie antygenów zgodności tkankowej układu HLA klasy I i II, u dawcy nerki, wykonanie próby krzyżowej (cross-match) u potencjalnych biorców	100		
4	wykonanie próby krzyżowej do przeszczepu rodzinnego	25		
Razem brutto (zł)				



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 39 012

Naczelną  
Pielęgniarką  
(091) 81 39 016

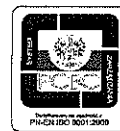
Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 39 015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Słownie brutto: .....

Uwaga !

Wskazanie w kolumnie orientacyjnej liczby badań nie stanowi minimalnej ilości jaką Udzielający zamówienia zobowiązuje się zlecić Oferentowi do wykonania w okresie obowiązywania umowy.

Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych będzie udzielać ..... osób posiadających następujące kwalifikacje:

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....
- 5 .....
- 6 .....

Proszę określić warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny

.....

.....

.....

.....



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 39 012

Naczelną  
Pielęgniarką  
(091) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 39 015



SPWSZ SZCZECIN

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



*Załącznik nr 6 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badania diagnostycznych antygenów zgodności tkankowej układu HLA  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

**Wzór danych o Oferencji**

Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie .....  
(wpisać przedmiot postępowania)

**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa oferenta - numer wpisu do właściwego rejestru, numer wpisu do właściwego rejestru ZOZ (KRS, ewidencja działalności gospodarczej).

2. Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy....., miejscowość.....

Telefon....., fax.....

Regon.....NIP.....

Nazwa banku, nr rachunku .....

Wymagane dokumenty:

Kserokopia wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz odpis aktualnych rejestrów (KRS, ewidencji o działalności gospodarczej) potwierdzający, że profil działania Oferenta odpowiada profilowi usług objętych niniejszym konkursem.

.....  
(Podpis i pieczętka oferenta)



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 30 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 30 012

Naczelna  
Pielęgniarka  
(091) 81 30 016

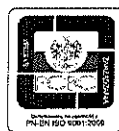
Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 30 015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY<sup>2</sup>**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



*Załącznik nr 7 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badania diagnostycznych antygenów zgodności tkankowej układu HLA  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

**UMOWA W ZAKRESIE REALIZACJI  
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

zawarta w dniu .....w Szczecinie pomiędzy :

**Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalem Zespołowym w Szczecinie** z siedzibą przy ul. Arkońskiej 4, 71-455 Szczecin, wpisanym do rejestru stowarzyszeń i innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS:0000003593; posiadającym NIP: 851-25-37-954; nr Regon: 000290274, zwanym dalej „**Udzielającym zamówienia**” reprezentowanym przez:

.....

a

..... z siedzibą w ..... przy ul. ...., wpisanym do rejestru ..... prowadzonego przez ....., Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS:.....; posiadającym NIP: .....; nr Regon: ....., zwaną dalej „**Przyjmującym zamówienie**”, reprezentowanym przez:

.....  
.....

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań antygenów zgodności tkankowej układu HLA:
- oznaczenie antygenów zgodności tkankowej układu HLA klasy I i II u potencjalnego biorcy nerki,
  - wykrywanie przeciwciał cytotoksycznych u potencjalnego biorcy nerki,
  - oznaczenie antygenów zgodności tkankowej układu HLA klasy I i II u dawcy nerki, wykonanie próby krzyżowej (cross-match) u potencjalnych biorców,
  - wykonanie próby krzyżowej do przeszczepu rodzinnego.



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 39 012

Naczelna  
Pielęgniarka  
(091) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 39 015

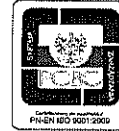




SPWSZ SZCZECIN

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital  
bez bólu



- Integralną częścią umowy są Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert oraz oferta Przyjmującego zamówienie.

## § 2

- Świadczenia zdrowotne będą udzielane ze szczególną starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.
- Przyjmujący zamówienie przyjmuje pełną odpowiedzialność za wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
- Świadczenia zdrowotne wykonywane będą przez personel medyczny Przyjmującego zamówienie, zgodnie z informacjami zawartymi w ofercie Przyjmującego zamówienie, stanowiącej integralną część niniejszej umowy.
- Świadczenia zdrowotne wykonywane będą przy użyciu sprawnego sprzętu medycznego, zapewniającego bezpieczeństwo pacjenta w trakcie badania.
- Świadczenia zdrowotne, o których mowa w §1, wykonywane będą w pomieszczeniach Przyjmującego zamówienie, z użyciem aparatury i sprzętu medycznego będącego w posiadaniu Przyjmującego zamówienie.

## § 3

- Udzielający zamówienia zleca Przyjmującemu zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy w zależności od potrzeb Udzielającego zamówienie.
- Przyjmujący zamówienie wykona badania wyłącznie na podstawie skierowania lekarza Uprawnionego przez Udzielającego zamówienie (zatrudnionego lub pozostającego w stosunku cywilnoprawnym z udzielającym zamówienia) lub listy zleconych badań, zawierającej wszystkie dane wskazane w ust. 3 oraz podpis uprawnionego ze strony Udzielającego zamówienie lekarza.
- Skierowanie powinno zawierać dane osobowe pacjenta, niezbędne informacje o stanie pacjenta, pieczętkę nagłówkową komórki kierującej, oraz pieczętkę imienną lekarza kierującego i jego podpis.

## § 4

- Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli NFZ na zasadach określonych w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienie.
- Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych osobowych pacjentów w myśl ustawy o ochronie danych osobowych.
- Przekazanie wyników badań winno nastąpić osobiście lub za pośrednictwem poczty polskiej w zamkniętych i zabezpieczonych przed dostępem osób trzecich pakietach.

## § 5



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 39 012

Naczelną  
Pielęgniarką  
(091) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 39 015



SPWSZ SZCZECIN

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital  
bez bólu



1. Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie z tytułu wykonanych badań należność w wysokości: .....
2. Zapłata następować będzie po zakończeniu każdego miesiąca realizacji umowy na podstawie faktury VAT wystawionej przez Przyjmującego zamówienie, na kwotę odpowiadającą iloczynowi wykonanych świadczeń i ich cen, na jego konto bankowe określone każdorazowo na fakturze, w terminie 21 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.
3. W przypadku braku możliwości wykonywania świadczenia objętego umową (której nie można było wcześniej przewidzieć), Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zachowania ciągłości realizacji umowy, powiadamiając niezwłocznie Udzielającego zamówienia o sposobie zabezpieczenia wykonania usług w ramach umowy oraz za zgodą Zamawiającego ustalić jego odpowiednik bez względu na koszt jego pozyskania.

**§ 6**

1. Niniejsza Umowa obowiązuje od dnia **01.01.2018r.** do dnia **31.12.2020r.**
2. Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo natychmiastowego rozwiązania umowy w przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie postanowień niniejszej umowy, a w szczególności:
  - a) odmowy poddania się kontroli NFZ lub Udzielającego zamówienie;
  - b) 30-dniowej przerwy w udzielaniu świadczeń;
  - c) co najmniej dwukrotnie stwierdzonego błędu w wykonanych badaniach (dwukrotnie uzasadnionej reklamacji),
  - d) stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonywania świadczeń przez Przyjmującego zamówienie, jak również w przypadku stwierdzenia istotnych uchybień dotyczących trybu, zakresu i jakości wykonywanych usług przewidzianych niniejszą umową,
  - e) nieudokumentowania przez Przyjmującego zamówienie - w terminie 30 dni od daty podpisania umowy - zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
3. Przyjmującemu zamówienie przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w przypadku zwłoki w zapłacie należności przez Udzielającego zamówienie przekraczającej 90 dni, po wcześniejszym bezskutecznym pisemnym wezwaniu do zapłaty z terminem zapłaty zaległości nie krótszym niż 30 dni.
4. Stronom przysługuje prawo pisemnego wypowiedzenia umowy bez podania przyczyny, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia na koniec miesiąca kalendarzowego.

**§ 7**

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
3. W sprawach spornych powstałych na tle wykonania niniejszej umowy, właściwy jest Sąd Powszechny dla siedziby Udzielającego zamówienie.



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 30 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 30 012

Naczelną  
Pielęgniarką  
(091) 81 30 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administrcyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 30 015



SPWSZ SZCZECIN

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

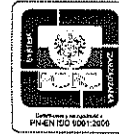
71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4

Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09

Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)

NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274

PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



**§ 8**

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

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 30 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 30 012

Naczelna  
Pielęgniarka  
(091) 81 30 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych

Główny  
Księgowy  
(091) 81 30 015

