

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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 1  
do Zarządzenia Nr 01/2012 z dnia 09.01.2012r.*

## SZCZEGÓLNE WARUNKI KONKURSU OFERT (SWKO) NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU

**PRZEDMIOTEM KONKURSU JEST WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:**

1. wykonywania badań z zakresu scyntygrafii

**na rzecz pacjentów**

**Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.**

Działając na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2015.618 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 Dz.U. 2015.281 j.t. z późn. zm.), Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie, jako Zamawiający, przedstawia warunki udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert.

### I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1. wykonywania badań z zakresu scyntygrafii

### II. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

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

Adres do korespondencji:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie  
71-460 Szczecin, ul. Broniewskiego 2

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

e-mail: [witulska@spwsz.szczecin.pl](mailto:witulska@spwsz.szczecin.pl)

fax: 91 813 90 09

Ogłoszenie o konkursie zamieszczono:

– na stronie internetowej [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl).

#### Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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



## III. TERMINY

Termin składania ofert: **do 29.10.2019r. do godz. 10<sup>00</sup>**

Termin otwarcia ofert: **29.10.2019r. godz. 12<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.
- 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.
- Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
- Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane i spięte w sposób zapobiegający dekompletacji oferty.
- Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
- Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie.
- 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)”.  
.....

## Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

## SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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



- k) W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent może zwrócić się do Zamawiającego o udzielenie informacji niezbędnych do prawidłowego złożenia oferty.
- l) Cena oferty musi być podana w PLN.
- m) 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 Organem 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,
  - 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.

#### Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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



## VI. KRYTERIUM I SPOSÓB WYBORU OFERTY

Wybór najkorzystniejszej oferty zostanie dokonany według kryteriów:

1/ cena - 100 %, gdzie sposób przyznania punktów zostanie obliczony:

$$C = \frac{\text{najniższa cena}}{\text{cena w ofercie ocenianej}} \times 100$$

## VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie w dniach od 21.10.2019 do 29.10.2019r. do godz. 10<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. Broniewskiego 2  
71-460 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.

## 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.

**Lokalizacja:** 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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



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 określone 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: [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,
  - 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. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie udzielającego zamówienia w Sali Konferencyjnej Dyrekcji Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego Szczecinie przy ul. Broniewskiego 2, pok. nr 427 , III piętro, w dniu **29.10.2019 r. o godz.12<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,

### Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

## SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPÓLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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



- 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 w 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. Komisja konkursowa niezwłocznie przedstawia Udzielającemu zamówienia (Dyrektorowi SPWSZ) protokół z przebiegu konkursu wraz z umotywowanym wnioskiem o udzielenie zamówienia wybranemu Oferentowi (wybranym Oferentem).
3. Wyniki konkursu uznaje się za obowiązujące po zatwierdzeniu przez Dyrektora SPWSZ w Szczecinie.
4. Komisja konkursowa zawiadamia Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone 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.
5. Odrzuca się ofertę:
  - a) złożoną przez oferenta po terminie;
  - 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.

**Lokalizacja:** 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax: 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax: 91 462 04 94

## SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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



5. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę Oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
6. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
7. Umowa zostanie zawarta na okres od 1 listopada 2019 do 31 października 2022r.
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 zaoferuje 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.
14. Komisja Konkursowa odrzuci ofertę Oferenta, z którym rozwiązana została w ciągu ostatnich 3 lat umowa z powodu nienależytego wykonania świadczeń.

### 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 1 listopada 2019r do 31 października 2022r.
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**

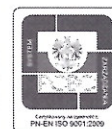
**Lokalizacje:** 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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 scyntygrafii na rzecz pacjentów  
Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.

## Wymagane parametry graniczne:

### Zadanie nr 1 – wykonywanie badań z zakresu scyntygrafii

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	Badania wykonywane będą zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej wyłącznie w siedzibie Wykonawcy w terminie do 10 dni od zgłoszenia.
4	Wykonawca zobowiązuje się dostarczać Zlecającemu oryginały wyników badań w terminie 7 dni od wykonania.
5	Możliwość przesyłania wyników drogą elektroniczną.
6	Oświadczenie Wykonawcy o wykonywaniu badań przy wykorzystaniu techniki SPECT, SPECT/CT WHOLE BODY
7	Do oferty dołączone zostały wiarygodne informacje odnośnie badania: <ul style="list-style-type: none"><li>• Prowadzenie wewnętrznej kontroli jakości – dołączona kopia wydruku lub wypełnionego formularza wewnętrznej kontroli jakości z dowolnego dnia 2019 roku – potwierdzona za zgodność z oryginałem</li><li>• Osoba odpowiedzialna za udzielanie informacji</li><li>• Osoba odpowiedzialna za przyjmowanie reklamacji</li></ul>
8	Tryb rozpatrywania reklamacji – max 48 godzin na podstawie pisemnego zgłoszenia przesłanego do Wykonawcy
9	Wykonawca wyraża zgodę na poddanie się kontroli Zleceniodawcy na podstawie pisemnego wniosku

**Lokalizacja:** 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94



# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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 scyntygrafii na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego 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)

#### Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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 scyntygrafii na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.

Wzór spisu treści

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

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

.....

### Spis treści:

Nr strony (od - do)

- |         |       |
|---------|-------|
| 1. .... | ..... |
| 2. .... | ..... |
| 3. .... | ..... |
| 4. .... | ..... |

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

.....

.....  
(podpis i pieczętka Oferenta)

**Lokalizacja:** 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu scyntygrafii na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.

Pieczętka 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)

#### Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu scyntygrafii 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

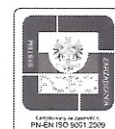
**Lokalizacje:** 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
 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



## Zadanie nr 1 - wykonywanie badań z zakresu scyntygrafii

Lp	NAZWA BADANIA	Orientacyjna liczba usług / rok	Oferowana cena jednostkowa za badanie <i>brutto</i>	Oferowana cena za wszystkie badania <i>brutto</i>	Czas oczekiwania na wynik
1	Scyntygrafia perfuzyjna płuc	130			
2	Scyntygrafia wentylacyjna płuc	50			
3	Scyntygrafia tarczycy technetowa, jodowa	20			
4	Scyntygrafia kości statyczna + dynamiczna	550			
5	Scyntygrafia kości statyczna + dynamiczna + SPECT	60			
6	Scyntygrafia dynamiczna nerek DTPA	35			
7	Scyntygrafia statyczna nerek DMSA	20			
8	Scyntygrafia dynamiczna nerek + test Captoprilowy	30			
9	Scyntygrafia serca MIBI /wysiętek + spoczynek/	10			
10	Scyntygrafia wątroby koloid - SPECT	10			
11	Scyntygrafia ognisk zapalnych ze znakowanymi leukocytami	20			
12	Scyntygrafia przytarczyc MIBI	50			
13	Scyntygrafia z zastosowaniem pochodnych Somatostatyny (Tektreotyd)	10			
Razem brutto (zł)					

Słownie brutto: .....

**Lokalizacja:** 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
 Centrala: 91 813 90 00  
 Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
 Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
 Fax. 91 462 04 94

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPÓLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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



## 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

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

.....  
(podpis i pieczętka Oferenta)

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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 scyntygrafii na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

## Wzór danych o Oferencie

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)

## Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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 scyntygrafii 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

.....

.....

zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”,

reprezentowaną przez:

.....

.....

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu....., wymienionych w **Załączniku** do umowy.
2. Integralną częścią umowy są Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert oraz oferta Przyjmującego zamówienie.

**§ 2**

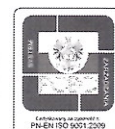
1. Świadczenia zdrowotne będą udzielane ze szczególną starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.
2. Przyjmujący zamówienie przyjmuje pełną odpowiedzialność za wykonywanie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



# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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



- Świadczenia zdrowotne, o których mowa w §1, wykonywane będą w pomieszczeniach Przyjmującego zamówienie, z użyciem aparatury i sprzętu medycznego będącego w posiadaniu Przyjmującego zamówienie.
- Badania będą wykonywane zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej. Zmiana miejsca wykonywania badania może nastąpić wyłącznie za pisemną zgodą Zamawiającego.

## § 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 przez Udzielającego zamówienie lekarza.
- Skierowanie powinno zawierać dane osobowe pacjenta, niezbędne informacje o stanie pacjenta, pieczętkę nagławkową 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 aktualizacji danych dotyczących złożonej oferty maksymalnie w ciągu 30 dni od daty dokonanej zmiany.
- 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

- Udzielający zamówienia zapłaci przyjmującemu zamówienie z tytułu udzielonych świadczeń należność w wysokości określonej w **Załączniku** do umowy.
- Zapłata następować będzie po zakończeniu każdego miesiąca realizacji umowy na podstawie faktury VAT wystawionej przez Przyjmującego zamówienie, na kwotę odpowiadającą sumie iloczynów wykonanych świadczeń i ich cen, na jego konto bankowe określone każdorazowo na fakturze w terminie 21 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.
- 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

- Niniejsza Umowa obowiązuje od dnia ..... r. do dnia ..... r.
- Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo natychmiastowego rozwiązania umowy w przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie postanowień niniejszej umowy, a w szczególności:
  - odmowy poddania się kontroli NFZ lub Udzielającego zamówienie;
  - 30-dniowej przerwy w udzielaniu świadczeń;

### Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

## SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
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



- 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) nie udokumentowania 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.

### § 8

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

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

**Lokalizacja:** 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94