

**WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO  
I TRANSPORTU SANITARNEGO „MEDITRANS”  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI  
ZDROWOTNEJ W WARSZAWIE**

**00-685 Warszawa, ul. Poznańska 22  
tel: (0-22) 525-14-05 fax: (0-22) 525-13-80**

**NIP: 526-17-36-429**

**REGON: 000294674**

WSPRiTS/ZP/44/13

Warszawa, dnia 20.09.2013 r.

**S Z C Z E G Ó Ł O W E  
W A R U N K I K O N K U R S U**

**D o t y c z y :**

**Postępowania konkursowego ogłoszonego przez Wojewódzką Stację  
Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” SPZOZ w  
Warszawie na:**

**Świadczenie usług medycznych w zakresie:**

- 1. Wykonywanie badań kapilaroskopowych**
- 2. Wykonywanie zabiegów fotochemioterapii**
- 3. Wykonywanie zabiegów naświetlania lampą terapeutyczną**
- 4. Wykonywanie zabiegów kriochirurgicznych**
- 5. Wykonywanie zabiegów elektrokoagulacji**
- 6. Wykonywanie badań densytometrycznych kręgosłupa i szyjki kości udowej**
- 7. Wykonywanie badań USG narządu ruchu**
- 8. Wykonywanie badań USG dróg moczowych, tarczycy, przytarczyc, ślinianek, układu chłonnego szyi, sutka z dołem pachowym**
- 9. Wykonywanie USG jamy brzusznej**
- 10. Wykonywanie badań USG tkanek miękkich**
- 11. Wykonywanie badań USG stawów**
- 12. Wykonywanie badań USG Doppler żył i tętnic**
- 13. Wykonywanie badań mammograficznych**
- 14. Wykonywanie gastrokopii i kolonoskopii**
- 15. Wykonywanie EEG**
- 16. Wykonywanie EMG**
- 17. Wykonywanie CT i rezonansu magnetycznego**
- 18. Badania histopatologiczne**
- 19. Przechowywanie i sekcja zwłok**

## **I. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu.
  - **Każdy oferent może złożyć jedną ofertę.**
  - **Oferent, który złoży więcej niż jedną ofertę zostanie odrzucony z postępowania.**
  - **Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych,**
  - Oferta zawierająca wariantowe propozycje cenowe zostanie odrzucona.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Ofertę należy opracować na druku "OFERTA".  
Oferentowi nie wolno dokonywać **żadnych** zmian merytorycznych we wzorze druku „OFERTA”, (w załączeniu: pisemny wzór dokumentu).
4. Oferta - pod rygorem jej odrzucenia - powinna być napisana w języku polskim (z wyłączeniem pojęć medycznych), na maszynie, komputerze lub ręcznie nieścieralnym atramentem oraz podpisana przez osobę / osoby upoważnione do złożenia oferty.  
Upoważnienie do podpisania oferty powinno być dołączone do oferty, o ile nie wynika ono z innych dokumentów dołączonych do oferty.
5. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa lub droga faksu, niezależnie od daty nadania, nie będą rozpatrywane.
6. Każda zapisana strona oferty powinna być parafowana przez osobę podpisującą ofertę.
7. W przypadku, gdy załączone do oferty dokumenty zostały sporządzone w języku obcym (w tym dokumenty składane przez wykonawcę zagranicznego) niezbędne jest przedstawienie ich tłumaczenia na język polski.
8. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami **na ponumerowanych stronach** należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej danymi Oferenta oraz napisem:

*Konkurs ofert na świadczenie usług medycznych*

*Nie otwierać przed 10.10.2013 r. godz. 10.00*

**Liczba stron** *(określić, ile zapisanych stron znajduje się w kopercie).*

9. Oferta pod rygorem odrzucenia musi zawierać wszystkie wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu dokumenty wymienione w rozdziale II.  
Jeśli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii - poświadczenie, oprócz adnotacji: „za zgodność z oryginałem”, musi być opatrzone imienną pieczęcią i podpisem osoby upoważnionej do podpisania oferty.
10. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

11. W przypadku podpisania oferty lub załączników przez osoby bez umocowania prawnego do reprezentacji firmy, dla uznania ważności oferta musi zawierać oryginał stosownego upoważnienia (pełnomocnictwo).
12. Ofertę przed upływem terminu składania ofert można zmienić lub wycofać.
13. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty winno zostać złożone w sposób i formie przewidzianej dla oferty, z tym, że koperta winna być dodatkowo oznaczona określeniem „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.
14. Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości, a zamawiający nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.

## **II. WYMAGANIA FORMALNO - PRAWNE W ODNIESIENIU DO OFERENTÓW:**

1. Oferent ubiegający się o udzielanie usług medycznych zobowiązany jest do złożenia:
  - oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, SWK i projektem umowy (załącznik nr 2);
  - oświadczenia o wpisie do rejestru o którym mowa w art. 106 Ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 nr 112 poz. 654), zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 5;
  - aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
  - wykazu liczby i kwalifikacji zawodowych osób wykonujących usługę według załącznika nr 3;
  - wykazu wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny według zał. nr 4;
  - odpisu aktualnej polisy, a w przypadku jej braku, inny dokument ubezpieczenia, potwierdzający, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności;
  - wypełnionego formularza cenowego na poszczególne zadania (załącznik nr 1) oraz zatwierdzonego projektu umowy.
2. Dokumenty wymienione w ust.1 mogą być przedłożone w formie kopii, poświadczonych za zgodność z oryginałem przez oferenta.
3. W przypadku, gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
4. Nie złożenie ww. dokumentów spowoduje odrzucenie oferty.

5. O odrzuceniu z postępowania konkursowego wynajmujący powiadomi niezwłocznie oferenta, podając uzasadnienie.

### **III. USZCZEGÓLOWIENIE PRZEDMIOTÓW KONKURSU**

#### **1. Określenie przedmiotu konkursu**

Opis przedmiotu zamówienia został szczegółowo określony w załączniku nr 1 oraz we wzorach umów.

Do konkursu ofert mogą przystępować publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Warunki płatności: 30 dni od daty złożenia faktury.

Termin realizacji: od 01.12.2013 do 30.11.2015 r.

Zamawiający dopuszcza przedłużenie czasu trwania niniejszej umowy poprzez pisemny aneks, na okres do lat 3.

Wykonywanie zabiegów przez Oferenta odbywać się będzie przy zastosowaniu wyposażenia, sprzętu, aparatury i innych urządzeń, spełniających wszelkie dopuszczalne normy i atesty. Oferent oświadcza, że wyposażenie, sprzęt, aparatura i inne urządzenia wykorzystywane do badań są sprawne i posiadają wszelkie dopuszczenia do pracy.

2. Dopuszcza się składanie ofert częściowych, z określeniem, na którą usługę złożona jest oferta.
3. Nie dopuszcza się składania ofert wariantowych.

### **IV. ZASADY OCENY OFERT**

#### **1. Zasady wyboru oferty.**

Zamawiający wyłoni Oferenta, którego oferta:

- odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w SWK;
- przedstawia najkorzystniejszą ofertę, wg podanych kryteriów.

#### **2. Kryteria oceny ofert**

2.1. Oferty będą ocenione na podstawie następujących kryteriów:

**cena – 100%**

2.2. Rozliczenia między zamawiającym a oferentem będą prowadzone w PLN.

### **V. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

1. Ofertę w zamkniętej / zaklejonej kopercie opatrzonej napisami jak w rozdziale I niniejszych Szczegółowych Warunkach Konkursu należy złożyć **dnia 10.10.2013 r. do godz. 09.30 w Dziale Zamówień Publicznych, I piętro – Budynek Główny, pok. 102A.**
2. Na swoje życzenie Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem, jakim została oznakowana oferta.

3. Celem dokonania zmian bądź poprawek - Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją po modyfikacji ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego w SWK terminu składania ofert.
4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania po upływie terminu składania ofert.

## **VI. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ W SPRAWACH DOTYCZĄCYCH SWK ORAZ CAŁEGO POSTĘPOWANIA**

1. Przed wyznaczonym terminem do składania ofert, Oferent może zwracać się do Zamawiającego o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z SWK, sposobem przygotowania i złożenia oferty - **kierując swoje zapytania na piśmie.**

Pisemna odpowiedź zostanie przesłana wszystkim uczestnikom bez wskazania źródła zapytania.

**Wynajmujący nie ma obowiązku udzielania odpowiedzi na zapytania do SWK w wypadku ich złożenia w terminie późniejszym niż 3 dni przed wyznaczoną datą otwarcia ofert.**

Do kontaktu z oferentami w sprawach jw. upoważniony jest:

**Agnieszka Sztorc**

**Tel. ( 0 22) 52 – 51 – 293**

**Fax. (0 22) 52 – 51 - 279**

**Budynek Główny – I piętro, pok. 102A**

2. Wszystkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Oferenci przekazują **pisemnie.**

## **VII. TRYB WPROWADZANIA EWENTUALNYCH ZMIAN W SWK**

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert Zamawiający może zmodyfikować treść dokumentów składających się na Szczegółowe Warunki Konkursu.
2. O każdej zmianie Zamawiający zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
3. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Zamawiający może przedłużyć termin składania ofert. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania - Oferenta i Zamawiającego będą podlegały nowemu terminowi.

## **VIII. TERMIN ZWIĄZANIA WARUNKAMI OFERTY**

1. Oferent związany jest ofertą przez okres **60 dni**, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

## **IX. MIEJSCE I TRYB OTWARCIA OFERT**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu KOMISJI KONKURSOWEJ, które odbędzie się w siedzibie Zamawiającego w Sali konferencyjnej dnia **10.10.2013 r.** o godz. **10.00.**
2. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez DYREKTORA .

## **X. OBOWIĄZKI ZAMAWIAJĄCEGO**

1. Zamawiający po otwarciu ofert, w obecności wszystkich Oferentów przekaże uczestnikom postępowania konkursowego informacje dotyczące:
  - nazwy i adresu Oferenta;
  - ceny oferty;
2. Zamawiający po zatwierdzeniu wyników konkursu przekaże wszystkim Oferentom:
  - nazwę i adres Oferenta, którego ofertę uznano za najkorzystniejszą;
  - uzasadnienie wyboru oferty;
3. W przypadku stwierdzenia w ofercie oczywistych omyłek pisarskich, oczywistych omyłek rachunkowych lub innych omyłek polegających na niezgodności oferty z SWK, niepowodujących istotnych zmian w treści oferty, Zamawiający poprawi je w tekście oferty niezwłocznie zawiadamiając o tym oferenta, którego oferta została poprawiona. Oferent, którego ofertę uznano za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o wyborze i terminie zawarcia umowy po zakończeniu postępowaniu konkursowym i akceptacji wyników konkursu przez DYREKTORA.

## **XI. ISTOTNE POSTANOWIENIA ZAWIERANEJ UMOWY**

Projekt umowy w załączniku.

## **XII. FORMALNOŚCI, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPENIONE W CELU ZAWARCIA UMOWY**

Zamawiający wymaga, aby Oferent, którego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza zawarł z nim, umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik do SWK.

W przypadku braku protestów i odwołań, **oferent obowiązany jest przesłać do zamawiającego** podpisaną i wypełnioną umowę w dwóch egzemplarzach oraz załączyć do niej formularz cenowy zgodnie ze złożoną ofertą po terminie 7 dni od dnia, w którym wszyscy uczestnicy postępowania powzięli lub mogli powziąć wiadomość o wynikach postępowania.

Podpisanie umowy musi nastąpić przed upływem terminu związania ofertą.

## **XIII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYŚLUGUJĄCE OFERENTOM**

Oferentowi przysługują środki odwoławcze zgodnie z art. 26 ustawy o działalności leczniczej w związku z art. 153 i 154 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 Nr 164 poz.1027 z późn. zm.):

- 1.** W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
- 2.** Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
- 3.** Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
- 4.** Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
- 5.** Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń w lokalu Zamawiającego.
- 6.** W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
- 7.** Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Zamawiającego, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
- 8.** Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.
- 9.** Po rozpatrzeniu odwołania Zamawiający podejmuje decyzję uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia wydania na tablicy ogłoszeń Zamawiającego.

*Szczegółowe Warunki Konkursu  
zatwierdził 23.09.2013 r.*

DYREKTOR

Artur Kamecki

....., dnia.....

.....  
pieczętka

# O F E R T A

## **I. Dane Oferenta:**

1. Pełna nazwa . . . . .
2. Adres . . . . .
3. Numer telefonu i faksu . . . . .
4. E-mail . . . . .
5. REGON . . . . .

## **II. Przedmiot oferty:**

Oferta dotyczy postępowania konkursowego ogłoszonego przez:

**WOJEWÓDZKA STACJĘ POGOTOWIA RATUNKOWEGO  
I TRANSPORTU SANITARNEGO „MEDITRANS” SPZOZ W WARSZAWIE  
UL. POZNAŃSKA 22  
00-685 WARSZAWA**

na:

### **Świadczenie usług medycznych w zakresie:**

1. Wykonywanie badań kapilaroskopowych
2. Wykonywanie zabiegów fotochemioterapii
3. Wykonywanie zabiegów naświetlania lampą terapeutyczną
4. Wykonywanie zabiegów kriochirurgicznych
5. Wykonywanie zabiegów elektrokoagulacji
6. Wykonywanie badań densytometrycznych kręgosłupa i szyjki kości udowej
7. Wykonywanie badań USG narządu ruchu
8. Wykonywanie badań USG dróg moczowych, tarczycy, przytarczyc, ślinianek, układu chłonnego szyi, sutka z dołem pachowym
9. Wykonywanie USG jamy brzusznej
10. Wykonywanie badań USG tkanek miękkich
11. Wykonywanie badań USG stawów
12. Wykonywanie badań USG Doppler żył i tętnic
13. Wykonywanie badań mammograficznych
14. Wykonywanie gastrokopii i kolonoskopii
15. Wykonywanie EEG
16. Wykonywanie EMG
17. Wykonywanie CT i rezonansu magnetycznego
18. Badania histopatologiczne
19. Przechowywanie i sekcja zwłok

**III. Potwierdzenie spełnienia wymagań formalno - prawnych**

Podać wykaz załączników i stron:

- oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, SWK i projektem umowy (**załącznik nr 2**);.....**Zał.Nr ..... str.....**
- oświadczenia o wpisie do rejestru o którym mowa w art. 106 Ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 nr 112 poz. 654), zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 5**;.....**Zał. Nr.....str.....**
- aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert; ..... **Zał. Nr.....str.....**
- wykaz liczby i kwalifikacji zawodowych osób wykonujących usługę według **załącznika nr 3**;.....**Zał. Nr.....str.....**
- wykaz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny według **zał. nr 4**; .....**Zał. Nr.....str.....**
- odpis aktualnej polisy, a w przypadku jej braku, inny dokument ubezpieczenia, potwierdzający, że wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności; ..... **Zał. Nr.....str.....**
- wypełniony formularz cenowy na poszczególne zadania (**załącznik nr 1**) oraz zatwierdzony projekt umowy;.....**Zał. Nr.....str.....**

**IV. Informacje dotyczące kryteriów podlegających ocenie**

Całkowita wartość brutto zamówienia, zgodnie z formularzem cenowym:

<b>Nr zad.</b>	<b>Nazwa przedmiotu oferty</b>	<b>Wartość netto PLN</b>	<b>VAT %</b>	<b>Wartość brutto PLN</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Wykonywanie badań kapilaroskopowych			
2	Wykonywanie zabiegów fotochemioterapii			
3	Wykonywanie zabiegów naświetlania lampą terapeutyczną			
4	Wykonywanie zabiegów kriochirurgicznych			
5	Wykonywanie zabiegów elektrokoagulacji			
6	Wykonywanie badań densytometrycznych kręgosłupa i szyjki kości udowej			
7	Wykonywanie badań USG narządu ruchu			

8	Wykonywanie badań USG dróg moczowych, tarczycy, przystarczyc, ślinianek, układu chłonnego szyi, sutka z dołem pachowym			
9	Wykonywanie USG jamy brzusznej			
10	Wykonywanie badań USG tkanek miękkich			
11	Wykonywanie badań USG stawów			
12	Wykonywanie badań USG Doppler żył i tętnic			
13	Wykonywanie badań mammograficznych			
14	Wykonywanie gastrokopii i kolonoskopii			
15	Wykonywanie EEG			
16	Wykonywanie EMG			
17	Wykonywanie CT i rezonansu magnetycznego			
18	Badania histopatologiczne			
19	Przechowywanie i sekcja zwłok			

**V. Potwierdzenie przyjęcia do wiadomości warunków ustaleń, które są w załączonym projekcie umowy**

Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na warunki i ustalenia, które są zawarte w załączonym wzorze umowy

**VI. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnosi do nich żadnych uwag.**

OFERTA z załącznikami zawiera łącznie: ..... ponumerowanych stron.

.....  
podpis osoby uprawnionej

*Załącznik nr 1*

# **Formularz cenowy**

## **[Opis przedmiotu zamówienia]**

**1. Wykonywanie badań kapilaroskopowych**

<b>LP</b>	<b>Opis przedmiotu zamówienia</b>	<b>Jedn. wymag</b>	<b>Ilość</b>	<b>Cena netto jednostki</b>	<b>Wartość Netto</b> (obliczyć: 4 x 5)	<b>Stawka VAT</b> %	<b>Kwota VAT</b> (obliczyć: 6 x 7)	<b>Wartość brutto</b> (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Kapilaroskopia	szt.	50					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

**2. Wykonywanie zabiegów fotochemioterapii**

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Fotochemioterapia	szt.	60					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

### 3. Wykonywanie zabiegów naświetlania lampą terapeutyczną

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Naświetlania lampą terapeutyczną emitującą promieniowanie UVA, UVB1 lub UVA1 do foto- lub fotochemioterapii	szt.	550					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

#### 4. Wykonywanie zabiegów kriochirurgicznych

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Zabiegi kriochirurgiczne	szt.	1 400					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

**5. Wykonywanie zabiegów elektrokoagulacji**

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Zabiegi elektrokoagulacji (usuwanie zmian skórnych)	szt.	350					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

**6. Wykonywanie badań densytometrycznych kręgosłupa i szyjki kości udowej**

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Badania densytometryczne kręgosłupa	szt.	80					
2.	Badania densytometryczne szyjki kości udowej	szt.	80					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

**7. Wykonywanie badań USG narządu ruchu**

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Badania USG narządu ruchu	szt.	550					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

### 8. Wykonywanie badań USG dróg moczowych, tarczycy, przytarczyc, ślinianek, układu chłonnego szyi, sutka z dołem pachowym

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Badania USG dróg moczowych	szt.	55					
2.	Badania USG tarczycy	szt.	55					
3.	Badania USG przytarczyc	szt.	55					
4.	Badania USG ślinianek	szt.	55					
5.	Badania USG układu chłonnego szyi	szt.	55					
6.	Badania USG sutka z dołem pachowym	szt.	55					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

## 9. Wykonywanie USG jamy brzusznej

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	USG jamy brzusznej	szt.	190					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

## 10. Wykonywanie badań USG tkanek miękkich

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	USG tkanek miękkich	szt.	190					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

## 11. Wykonywanie badań USG stawów

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	USG stawów	szt.	1 800					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

**12. Wykonywanie badań USG Doppler żył i tętnic**

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	USG Doppler jednej kończyny żyły	szt.	85					
2.	USG Doppler jednej kończyny tętnicy	szt.	85					
3.	USG Doppler dwóch kończyn żyły	szt.	85					
4.	USG Doppler dwóch kończyn tętnicy	szt.	85					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

### 13. Wykonywanie badań mammograficznych

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Mammografia	szt.	165					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

## 14. Wykonywanie gastrokopii i kolonoskopii

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Gastroskopia	szt.	50					
2.	Kolonoskopia	szt.	15					
3.	Kolonoskopia z sedacją	szt.	15					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

## 15. Wykonywanie EEG

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	EEG	szt.	350					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

**16. Wykonywanie EMG**

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Badanie przewodzenia we włóknach ruchowych 1 nerwu obwodowego /z falą F/	szt.	30					
2.	Przewodzenie we włóknach ruchowych - mięśnie długie (EMG nerwów)	szt.	30					
3.	Badanie EMG zespół cieśni nadgarstka	szt.	30					
4.	Badanie EMG zespół kanału łokciowego	szt.	30					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

**17. Wykonywanie CT i rezonansu magnetycznego**

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	CT minimum 4 – rzędowe: badanie głowy	szt.	45					
2.	CT minimum 4 – rzędowe: badanie klatki piersiowej	szt.	45					
3.	CT minimum 4 – rzędowe: badanie angioTK tętnic klatki piersiowej	szt.	45					
4.	CT minimum 4 – rzędowe: badanie jamy brzusznej przeglądowe	szt.	45					
5.	Rezonans magnetyczny – arteriografia tętnic klatki piersiowej z kontrastem	szt.	55					
6.	Środek kontrastowy do badań CT	szt.	100					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

**18. Badania histopatologiczne**

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Badania histopatologiczne podstawowe (biopsja jedno lub dwublokowa) badanie w kierunku komórek nowotworowych	szt.	550					
2.	Badania histopatologiczne immunohistochemiczne (badanie wycinka skóry)	szt.	250					
<b>RAZEM:</b>						XX		

Badanie materiału dostarczonego przez Zamawiającego na adres wskazany przez Oferenta, na podstawie zleceń wystawianych w formie pisemnej przez Zamawiającego.

.....  
data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

**19. Przechowywanie i sekcja zwłok**

LP	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. wymag	Ilość	Cena netto jednostki	Wartość Netto (obliczyć: 4 x 5)	Stawka VAT %	Kwota VAT (obliczyć: 6 x 7)	Wartość brutto (obliczyć: 6 + 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Przechowywanie zwłok w chłodni – ilość dób	doba	250					
2.	Wykonywanie autopsji, sporządzanie protokołu i rozpoznanie makroskopowe	szt.	35					
3.	Ocena mikroskopowa badań autopsyjnych	szt.	35					
<b>RAZEM:</b>						XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

.....  
Pieczęć adresowa oferenta

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że firma:  
*(podać nazwę i adres oferenta)*

.....  
.....  
występując w postępowaniu konkursowym na realizację zamówienia na:  
*(podać nazwę przedmiotu zamówienia)*

.....  
.....  
.....  
zapoznała się z treścią ogłoszenia, SWK i wzorem umowy.

....., dnia.....

.....  
*Podpis i pieczęć imienna  
osoby uprawnionej*

## WYKAZ OSÓB ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI

Lp.	Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje/ specjalizacja

....., dnia.....

.....  
*Podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej*

## WYKAZ WYPOSAŻENIA W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY

Lp.	Nazwa urządzenia	Ilość sztuk	Rok produkcji

....., dnia.....

.....  
*Podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej*

.....  
Miejscowość, data

Dane składającego oświadczenie

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

**Nazwa, adres siedziby i nr telefonu**

### **Oświadczenie o wpisie do rejestru**

Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do księgi rejestrowej rejestru, o którym mowa w art. 106 Ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 nr 112 poz. 654), prowadzonego przez:

.....  
.....

pod numerem .....

oraz, że posiadam potwierdzoną wpisem do rejestru zdolność do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem niniejszego postępowania w sprawie zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Podpis/y i pieczęć osoby uprawnionej  
do reprezentowania Oferenta

.....

Załącznik nr 6

# **WZORY UMÓW**

CRU: ...../.....

## U M O W A

Zawarta w Warszawie  
w dniu.....

pomiędzy:

**Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Warszawie**, ul. Poznańska 22, działającą na podstawie wpisu do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000061291 reprezentowaną przez:

mgr Artura Kameckiego – Dyrektora

zwanym w dalszej treści umowy **“Zamawiającym”**

a

.....  
z siedzibą w ..... , ul. ....

reprezentowanym przez:

..... - .....  
zwanym w dalszej treści umowy **„Usługodawcą”**.

o treści następującej:

### § 1

#### PRZEDMIOT UMOWY

1. Na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert, z dnia 23.09.2013 r., *Usługodawca* zobowiązuje się do wykonywania ..... ..... zgodnie ze złożoną ofertą.
2. Szczegółowy rodzaj usług oraz jego zakres i wartość brutto określa **załącznik nr 1** stanowiący integralną część niniejszej umowy.

## **§ 2**

### **CENA UMOWY**

#### **1. Strony uzgadniają wartość umowy**

..... **PLN z VAT**  
(słownie zł;..... złotych),

..... **PLN bez VAT**  
(słownie zł;..... złotych)

- 2.** Ceny na usługi określone zostały w ofercie złożonej przez *Usługodawcę*, i formularzu cenowym stanowiącym załącznik do niniejszej umowy (Zał. nr 1).
- 3.** W cenach jednostkowych zawierają się wszystkie koszty związane z wykonywaniem przedmiotu umowy dla potrzeb *Zamawiającego*.
- 4.** W czasie trwania umowy *Zamawiający* zastrzega sobie stałość cen.
- 5.** *Zamawiający* zastrzega sobie prawo do zmiany podanych ilości w SWK w górę i w dół zgodnie z rzeczywistymi potrzebami *Zamawiającego*, jednak nie więcej niż o 20% w górę. Ilości podane w SWK to ilości szacunkowe.
- 6.** W przypadku zmiany stawek podatku VAT oraz cen urzędowych w trakcie trwania umowy, ceny zostaną zmienione w dniu wejścia w życie stosownego rozporządzenia lub ustawy. Zmiana cen wymaga formy pisemnej.

## **§ 3**

### **WARUNKI PŁATNOŚCI**

- 1.** *Usługodawca* będzie sporządzał po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego comiesięczne zestawienia wykonanych zabiegów lub badań, które będą stanowiły podstawę sporządzenia faktury.
- 1.** *Zamawiający* prześle należność przelewem na konto *Usługodawcy* do Banku ....., Nr ....., za wykonaną usługę, w terminie 30 dni od daty otrzymania przez *Zamawiającego* faktury.
- 2.** Strony zgodnie ustalają, że datą płatności będzie dzień obciążenia rachunku bankowego *Zamawiającego*.
- 3.** W przypadku przekroczenia terminu płatności *Zamawiający* zastrzega sobie prawo negocjowania odroczenia terminu płatności i wysokości naliczonych odsetek.
- 4.** *Zamawiający* zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych, o których mowa w ust. 1. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości *Zamawiający* ma prawo wstrzymania wypłaty wynagrodzenia w spornym zakresie do czasu usunięcia nieprawidłowości.

**§ 4.****WARUNKI I TERMIN REALIZACJI USŁUG**

1. *Zamawiający* zleca a *Usługodawca* zobowiązuje się do wykonywania zabiegów/badań na podstawie skierowania wystawionego pacjentowi przez lekarza *Zamawiającego*. Wzór skierowania stanowił będzie załącznik do niniejszej umowy.
2. Zabiegi/badania wykonywane będą przez *Usługodawcę*. *Usługodawca* nie może powierzać wykonywania zabiegów lub badań innym osobom (podmiotom), z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zaistnienia powodów uniemożliwiających *Usługodawcy* wykonanie przedmiotu umowy, może on powierzyć jego wykonanie innym podmiotom na własny koszt. W tym wypadku *Usługodawca* zobowiązany jest zawiadomić *Zamawiającego* o powstałej przeszkodzie oraz uzyskać jego akceptację na powierzenie wykonania zabiegów/badań innemu podmiotowi, a także wskazać miejsce gdzie zabiegi będą wykonywane.
4. *Usługodawca* nie może wykonywać przedmiotu niniejszej umowy na podstawie bezpośredniego zlecenia pacjenta, na koszt *Zamawiającego*. Wykonanie zabiegu/badania bez skierowania, o którym mowa w § 4 ust. 1, odbywa się wyłącznie na ryzyko *Usługodawcy* i nie daje podstaw do roszczenia wobec *Zamawiającego* o wynagrodzenie za wykonanie zabiegu lub badania.
5. Ze strony *Zamawiającego* uprawnionymi do zlecenia badań CT i rezonansu magnetycznego są wyłącznie lekarze: Oddziału Kardiologicznego, Poradni Specjalistycznej i Izby Przyjęć.
6. *Zamawiający* określa, że osobą odpowiedzialną za prawidłową realizację przedmiotu zamówienia jest Z-ca Dyrektora ds. Medycznych, natomiast pracownikami odpowiedzialnymi za monitoring umowy zgodnie z procedurą PA-5/OZ z dnia 06.06.2011 r. jest: p. Grażyna Leśna, p. Beata Barszczewska i p. Małgorzata Dąbrowska.
7. *Usługodawca* zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej związanej z wykonywaniem przedmiotu umowy w sposób i na zasadach określonych w obowiązujących przepisach oraz rejestracji skierowań na zabiegi lub badania i kwitowania wydawania pacjentowi jednego egzemplarza wyników badań z opisem.
8. *Usługodawca* zobowiązuje się do:
  - zapewnienia wysokiej jakości usług pod względem merytorycznym i organizacyjnym,
  - prowadzenia dokumentacji medycznej związanej bezpośrednio z udzielanymi świadczeniami,
  - poddania się kontroli przez *Zamawiającego* w dowolnym czasie w zakresie wynikającym z niniejszej umowy,
  - poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) i właściwego terytorialnie wojewody, w zakresie wykonywania postanowień umowy,

- prowadzenia w Portalu NFZ – System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) konta podwykonawcy, w którym będą odnotowane informacje dotyczące faktów związanych z działaniem *Usługodawcy* jako podwykonawcy WSPRiTS „Meditrans” SPZOZ w Warszawie w świadczeniach usług zdrowotnych na rzecz NFZ,
- przedkładania *Zamawiającemu* wyników kontroli przeprowadzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**9.** *Usługodawca* zobowiązuje się do elastycznego reagowania na zwiększone bądź zmniejszone *potrzeby Zamawiającego*.

**10.** Wykonywanie zabiegów/badań przez *Usługodawcę* odbywać się będzie przy zastosowaniu wyposażenia, sprzętu, aparatury i innych urządzeń, spełniających wszelkie dopuszczalne normy i atesty. *Usługodawca* oświadcza, że wyposażenie, sprzęt, aparatura i inne urządzenia wykorzystywane do badań są sprawne i posiadają wszelkie dopuszczenia do pracy.

**11.** *Usługodawca* będzie wykonywał zabiegi/badania w (adres, nr gabinetów):

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

**12.** *Usługodawca* będzie wykonywał zabiegi/badania w następujących dniach i godzinach:

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

**13.** Badania CITO CT i rezonansu magnetycznego będą wykonywane 7 dni w tygodniu, całodobowo, po uprzednim telefonicznym zgłoszeniu.

**14.** Czas realizacji badań CITO CT i rezonansu magnetycznego strony ustalają na 1 h od chwili zgłoszenia się pacjenta, a w trybie normalnym na 12 h od chwili zgłoszenia się pacjenta.

**15.** Wyniki badań CT i rezonansu magnetycznego będą przekazywane *Zamawiającemu* za pomocą faksu na nr (22) 52 51 378. Strony zgodnie ustalają, że wynik badań CITO CT i rezonansu magnetycznego przesyłany będzie w ciągu 1h od chwili wykonania badania, a wynik badań CT i rezonansu magnetycznego w trybie normalnym – w ciągu 12 h od chwili wykonania badania.

## § 5.

### KARY UMOWNE

**1.** *Usługodawca* jest zobowiązany do zapłaty kar umownych:

- a) w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania przedmiotu umowy, karę w wysokości 100% ceny jednostkowej w przypadku stwierdzenia złej jakości wykonanego zabiegu/badania,
  - b) w przypadku odstąpienia od umowy z winy *Usługodawcy*, zapłaci *Zamawiającemu* karę umowną w wysokości 5% wartości niezrealizowanej części umowy.
2. W razie nie uregulowania przez *Zamawiającego* płatności w wyznaczonym terminie umowy, *Usługodawca* ma prawo naliczyć odsetki w wysokości ustawowej za każdy dzień zwłoki, po wyczerpaniu postępowania jak w § 3 ust. 4.

## § 6.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wyklucza się takie zmiany umowy, które byłyby niekorzystne dla *Zamawiającego*, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
2. Jakikolwiek zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy mogą być dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
3. W przypadku nieterminowego regulowania zobowiązań przez *Zamawiającego*, ewentualne cesje należności mogą nastąpić wyłącznie po wyrażeniu pisemnej zgody przez podmiot, zgodnie z art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654).
4. *Usługodawca* ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie według przepisów ogólnych.
5. W przypadku:
  - a) niewłaściwego lub nieterminowego przeprowadzenia badania;
  - b) wydania wyników osobie nieuprawnionej lub z dużym opóźnieniem;
  - c) niezawarcia przez *Zamawiającego* umowy z NFZ na świadczenia medyczne, w ramach których niezbędne jest wykonywanie badań będących przedmiotem niniejszej umowy;
  - d) podwyższeniem cen jednostkowych przez *Usługodawcę* z naruszeniem trybu określonego w § 2 ust. 6 niniejszej umowy,
  - e) innego rodzaju nienależytym wykonaniem umowy opisanym w odstąpieniu,strony mogą rozwiązać umowę za wypowiedzeniem z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.
5. Wypowiedzenie winno być złożone w formie pisemnej drugiej stronie najpóźniej w ostatnim dniu miesiąca poprzedzającego okres wypowiedzenia.
6. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony **od 01.12.2013 r. do 30.11.2015 r.**

7. *Zamawiający* dopuszcza przedłużenie czasu trwania niniejszej umowy poprzez pisemny aneks, na okres do lat 3.
8. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
9. Wszelkie spory pomiędzy stronami mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą przez Sąd Powszechny właściwy dla siedziby *Zamawiającego*.
10. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Wykaz załączników do umowy:

Zał. nr 1 - formularz cenowy

Zał. nr 2 – wzory druków zleceń

**Zamawiający:**

**Usługodawca:**

CRU: ...../.....

## U M O W A

Zawarta w Warszawie  
w dniu.....

pomiędzy:

**Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Warszawie**, ul. Poznańska 22, działającą na podstawie wpisu do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000061291 reprezentowaną przez:

mgr Artura Kameckiego – Dyrektora

zwanym w dalszej treści umowy **“Zamawiającym”**

a

.....

z siedzibą w ..... , ul. ....

reprezentowanym przez:

..... - .....

zwanym w dalszej treści umowy **„Usługodawcą”**.

o treści następującej:

### § 1

#### PRZEDMIOT UMOWY

1. Na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert, z dnia 23.09.2013 r., *Usługodawca* zobowiązuje się do wykonywania badań histopatologicznych zgodnie ze złożoną ofertą.
2. Szczegółowy rodzaj usług oraz jego zakres i wartość brutto określa **załącznik nr 1** stanowiący integralną część niniejszej umowy.

## § 2

### CENA UMOWY

1. Strony uzgadniają wartość umowy  
..... **PLN z VAT**  
(słownie zł;..... złotych),  
..... **PLN bez VAT**  
(słownie zł;..... złotych)
2. Ceny na usługi w zakresie badań histopatologicznych określone zostały w ofercie złożonej przez *Usługodawcę*, i formularzu cenowym stanowiącym załącznik do niniejszej umowy (Zał. nr 1).
3. W cenach jednostkowych zawierają się wszystkie koszty związane z wykonywaniem badań histopatologicznych dla potrzeb *Zamawiającego*.
4. W czasie trwania umowy *Zamawiający* zastrzega sobie stałość cen.
5. *Zamawiający* zastrzega sobie prawo do zmiany podanych ilości w SWK w górę i w dół zgodnie z rzeczywistymi potrzebami *Zamawiającego*, jednak nie więcej niż o 20% w górę. Ilości podane w SWK to ilości szacunkowe.
6. W przypadku zmiany stawek podatku VAT oraz cen urzędowych w trakcie trwania umowy ceny zostaną zmienione w dniu wejścia w życie stosownego rozporządzenia lub ustawy. Zmiana cen wymaga formy pisemnej.

## § 3

### WARUNKI PŁATNOŚCI

1. *Usługodawca* będzie sporządzał, po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego, comiesięczne zestawienia wykonanych badań, które będą stanowiły podstawę sporządzenia faktury.
2. *Zamawiający* przekaże należność przelewem na konto *Usługodawcy* do Banku .....Nr ....., za wykonaną usługę, w terminie 30 dni od daty otrzymania przez *Zamawiającego* faktury.
3. Strony zgodnie ustalają, że datą płatności będzie dzień obciążenia rachunku bankowego *Zamawiającego*.
4. W przypadku przekroczenia terminu płatności *Zamawiający* zastrzega sobie prawo negocjowania odroczenia terminu płatności i wysokości naliczonych odsetek.
5. *Zamawiający* zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych, o których mowa w ust. 1. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości *Zamawiający* ma prawo wstrzymania wypłaty wynagrodzenia w spornym zakresie do czasu usunięcia nieprawidłowości.

#### § 4.

#### WARUNKI I TERMIN REALIZACJI USŁUG

1. *Zamawiający* zleca a *Usługodawca* zobowiązuje się do wykonywania usług z zakresu badań histopatologicznych dla potrzeb *Zamawiającego* na podstawie pisemnego zlecenia, wystawionego przez *Zamawiającego*.
2. *Usługodawca* przekazuje *Zamawiającemu* wynik badania na standardowo określonym druku, w języku polskim
3. Opis wyniku badania zawierać będzie datę, podpis i pieczęć lekarza wykonującego badania oraz imię i nazwisko pacjenta.
4. Wynik odbierać będzie osoba upoważniona przez *Zamawiającego* po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym pod nr telefonu: .....
5. *Usługodawca* zobowiązuje się do:
  - zapewnienia wysokiej jakości usług pod względem merytorycznym i organizacyjnym,
  - prowadzenia dokumentacji medycznej związanej bezpośrednio z udzielanymi świadczeniami,
  - poddania się kontroli przez *Zamawiającego* w dowolnym czasie w zakresie wynikającym z niniejszej umowy,
  - poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) i właściwego terytorialnie wojewody, w zakresie wykonywania postanowień umowy,
  - prowadzenia w Portalu NFZ – System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) konta podwykonawcy, w którym będą odnotowane informacje dotyczące faktów związanych z działaniem *Usługodawcy* jako podwykonawcy WSPRiTŚ „Meditrans” SPZOZ w Warszawie w świadczeniach usług zdrowotnych na rzecz NFZ,
  - przedkładania *Zamawiającemu* wyników kontroli przeprowadzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
6. Na pisemny wniosek *Zamawiającego* *Usługodawca* jest zobowiązany udostępnić archiwalną dokumentację laboratoryjną.
7. *Usługodawca* zobowiązuje się do elastycznego reagowania na zwiększone bądź zmniejszone *potrzeby* *Zamawiającego*.
8. Wykonywanie badań przez *Usługodawcę* odbywać się będzie przy zastosowaniu wyposażenia, sprzętu, aparatury i innych urządzeń, spełniających wszelkie dopuszczalne normy i atesty. *Usługodawca* oświadcza, że wyposażenie, sprzęt, aparatura i inne urządzenia wykorzystywane do badań są sprawne i posiadają wszelkie dopuszczenia do pracy.

9. Zamawiający określa, że osobą odpowiedzialną za prawidłową realizację przedmiotu zamówienia jest Z-ca Dyrektora ds. Medycznych, natomiast pracownikami odpowiedzialnymi za monitoring umowy zgodnie z procedurą PA-5/OZ z dnia 06.06.2011 r. jest: p. Grażyna Leśna, p. Beata Barszczewska i p. Małgorzata Dąbrowska.

## § 5.

### KARY UMOWNE

1. *Usługodawca* jest zobowiązany do zapłaty kar umownych:
  - a) za zwłokę w realizacji przedmiotu umowy w wysokości **0,2%** wartości niezrealizowanej części umowy, za każdy dzień zwłoki,
  - b) w przypadku odstąpienia od umowy z winy *Usługodawcy*, zapłaci *Zamawiającemu* karę umowną w wysokości 5% wartości niezrealizowanej części umowy.
2. W razie nie uregulowania przez *Zamawiającego* płatności w wyznaczonym terminie umowy, *Usługodawca* ma prawo naliczyć odsetki w wysokości ustawowej za każdy dzień zwłoki, po wyczerpaniu postępowania jak w § 3 ust. 4.

## § 6.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wyklucza się takie zmiany umowy, które byłyby niekorzystne dla *Zamawiającego*, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
2. Jakikolwiek zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy mogą być dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
3. W przypadku nieterminowego regulowania zobowiązań przez *Zamawiającego*, ewentualne cesje należności mogą nastąpić wyłącznie po wyrażeniu pisemnej zgody przez podmiot, zgodnie z art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654).
4. *Usługodawca* ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie według przepisów ogólnych.
5. W przypadku:
  - a) niewłaściwego lub nieterminowego przeprowadzenia badania;
  - b) wydania wyników osobie nieuprawnionej lub z dużym opóźnieniem;
  - c) niezawarcia przez *Zamawiającego* umowy z NFZ na świadczenia medyczne, w ramach których niezbędne jest wykonywanie badań będących przedmiotem niniejszej umowy;
  - d) podwyższeniem cen jednostkowych przez *Usługodawcę* z naruszeniem trybu określonego w § 2 ust. 6 niniejszej umowy,
  - e) innego rodzaju nienależytym wykonaniem umowy opisanym w odstąpieniu,

strony mogą rozwiązać umowę za wypowiedzeniem z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

6. Wypowiedzenie winno być złożone w formie pisemnej drugiej stronie najpóźniej w ostatnim dniu miesiąca poprzedzającego okres wypowiedzenia.
7. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony **od 01.12.2013 r. do 30.11.2015 r.**
8. *Zamawiający* dopuszcza przedłużenie czasu trwania niniejszej umowy poprzez pisemny aneks, na okres do lat 3.
9. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
10. Wszelkie spory pomiędzy stronami mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą przez Sąd Powszechny właściwy dla siedziby *Zamawiającego*.
11. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Wykaz załączników do umowy:

Zał. nr 1 - formularz cenowy

Zał. nr 2 – wzory druków zleceń

**Zamawiający:**

**Usługodawca:**

CRU: ...../.....

## U M O W A

Zawarta w Warszawie  
w dniu.....

pomiędzy:

**Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Warszawie**, ul. Poznańska 22, działającą na podstawie wpisu do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000061291 reprezentowaną przez:

mgr Artura Kameckiego – Dyrektora

zwanym w dalszej treści umowy **“Zamawiającym”**

a

.....

z siedzibą w ..... , ul. ....

reprezentowanym przez:

..... - .....

zwanym w dalszej treści umowy **„Usługodawcą”**.

o treści następującej:

### § 1

#### PRZEDMIOT UMOWY

1. Na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert, z dnia 23.09.2013 r., *Usługodawca* zobowiązuje się do przechowywania i sekcji zwłok zgodnie ze złożoną ofertą.
2. Szczegółowy rodzaj usług oraz jego zakres i wartość brutto określa **załącznik nr 1** stanowiący integralną część niniejszej umowy.

## § 2

### CENA UMOWY

1. Strony uzgadniają wartość umowy  
..... **PLN z VAT**  
(słownie zł;..... złotych),  
..... **PLN bez VAT**  
(słownie zł;..... złotych)
2. Ceny na usługi w zakresie przechowywania i sekcji zwłok określone zostały w ofercie złożonej przez *Usługodawcę*, i formularzu cenowym stanowiącym załącznik do niniejszej umowy (Zał. nr 1).
2. W cenach jednostkowych zawierają się wszystkie koszty związane z wykonywaniem badań oraz przechowywania i sekcji zwłok dla potrzeb *Zamawiającego*.
3. W czasie trwania umowy *Zamawiający* zastrzega sobie stałość cen.
4. *Zamawiający* zastrzega sobie prawo do zmiany podanych ilości w SWK w górę i w dół zgodnie z rzeczywistymi potrzebami *Zamawiającego*, jednak nie więcej niż o 20% w górę. Ilości podane w SWK to ilości szacunkowe.
5. W przypadku zmiany stawek podatku VAT oraz cen urzędowych w trakcie trwania umowy ceny zostaną zmienione w dniu wejścia w życie stosownego rozporządzenia lub ustawy. Zmiana cen wymaga formy pisemnej.

## § 3

### WARUNKI PŁATNOŚCI

1. *Usługodawca* będzie sporządzał po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego comiesięczne zestawienia wykonanych badań, które będą stanowiły podstawę sporządzenia faktury.
2. *Zamawiający* przekaże należność przelewem na konto *Usługodawcy* do Banku .....Nr ....., za wykonaną usługę, w terminie 30 dni od daty otrzymania przez *Zamawiającego* faktury.
3. Strony zgodnie ustalają, że datą płatności będzie dzień obciążenia rachunku bankowego *Zamawiającego*.
4. W przypadku przekroczenia terminu płatności *Zamawiający* zastrzega sobie prawo negocjowania odroczenia terminu płatności i wysokości naliczonych odsetek.
5. *Zamawiający* zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych, o których mowa w ust. 1. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości *Zamawiający* ma prawo wstrzymania wypłaty wynagrodzenia w spornym zakresie do czasu usunięcia nieprawidłowości.

#### § 4.

### WARUNKI I TERMIN REALIZACJI USŁUG

1. *Zamawiający* zleca a *Usługodawca* zobowiązuje się do wykonywania usług z zakresu badań sekcyjnych dla potrzeb *Zamawiającego* oraz przechowywania zwłok na podstawie pisemnego zlecenia, wystawionego przez *Zamawiającego*.
2. Wraz z ciałem zmarłego i zleceniem, zostanie przesłana dokumentacja w postaci Historii Choroby.
3. Przewiezienie zwłok do *Usługodawcy* i ich odbiór odbywać się będzie transportem *Zamawiającego* lub na jego koszt.
4. *Usługodawca* informuje Ordynatora Oddziału Kardiologicznego o planowanym terminie badania anatomopatologicznego i ewentualnych zmianach tego terminu (tak, by lekarz wskazany przez Ordynatora Oddziału Kardiologicznego mógł uczestniczyć w badaniu).
5. Badanie anatomopatologiczne może odbyć się bez udziału lekarza pracującego w Oddziale Kardiologicznym *Zamawiającego* tylko za pisemną zgodą Ordynatora oddziału Kardiologicznego (dostarczoną razem z dokumentacją chorego).
6. *Usługodawca* przekazuje *Zamawiającemu* wynik badania anatomopatologicznego na standardowo określonym druku w języku polskim oraz zwraca *Zamawiającemu* dokumentację, o której mowa w § 4 ust. 2.
7. Opis wyniku badania zawierać będzie datę, podpis i pieczęć lekarza wykonującego badania oraz imię i nazwisko zmarłego.
8. Wynik odbierać będzie osoba upoważniona przez *Zamawiającego* po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym pod nr telefonu: .....
9. *Usługodawca* zobowiązuje się do:
  - zapewnienia wysokiej jakości usług pod względem merytorycznym i organizacyjnym,
  - prowadzenia dokumentacji medycznej związanej bezpośrednio z udzielanymi świadczeniami,
  - poddania się kontroli przez *Zamawiającego* w dowolnym czasie w zakresie wynikającym z niniejszej umowy,
  - poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) i właściwego terytorialnie wojewody, w zakresie wykonywania postanowień umowy,
  - prowadzenia w Portalu NFZ – System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) konta podwykonawcy, w którym będą odnotowane informacje dotyczące faktów związanych z działaniem *Usługodawcy* jako podwykonawcy WSPRiTŚ „Meditrans” SPZOZ w Warszawie w świadczeniach usług zdrowotnych na rzecz NFZ,
  - przedkładania *Zamawiającemu* wyników kontroli przeprowadzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

10. Na pisemny wniosek *Zamawiającego Usługodawca* jest zobowiązany udostępnić archiwalną dokumentację laboratoryjną.
11. *Usługodawca* zobowiązuje się do elastycznego reagowania na zwiększone bądź zmniejszone *potrzeby Zamawiającego*.
12. Wykonywanie badań przez *Usługodawcę* odbywać się będzie przy zastosowaniu wyposażenia, sprzętu, aparatury i innych urządzeń, spełniających wszelkie dopuszczalne normy i atesty. *Usługodawca* oświadcza, że wyposażenie, sprzęt, aparatura i inne urządzenia wykorzystywane do badań i przechowywania zwłok są sprawne i posiadają wszelkie dopuszczenia do pracy.
13. Zamawiający określa, że osobą odpowiedzialną za prawidłową realizację przedmiotu zamówienia jest Z-ca Dyrektora ds. Medycznych, natomiast pracownikami odpowiedzialnymi za monitoring umowy zgodnie z procedurą PA-5/OZ z dnia 06.06.2011 r. jest: p. Grażyna Leśna, p. Beata Barszczewska i p. Małgorzata Dąbrowska.

## § 5.

### KARY UMOWNE

1. *Usługodawca* jest zobowiązany do zapłaty kar umownych:
  - a) za zwłokę w realizacji przedmiotu umowy w wysokości **0,2%** wartości niezrealizowanej części umowy, za każdy dzień zwłoki,
  - b) w przypadku odstąpienia od umowy z winy *Usługodawcy*, zapłaci *Zamawiającemu* karę umowną w wysokości 5% wartości niezrealizowanej części umowy.
2. W razie nie uregulowania przez *Zamawiającego* płatności w wyznaczonym terminie umowy, *Usługodawca* ma prawo naliczyć odsetki w wysokości ustawowej za każdy dzień zwłoki, po wyczerpaniu postępowania jak w § 3 ust. 4.

## § 6.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wyklucza się takie zmiany umowy, które byłyby niekorzystne dla *Zamawiającego*, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
2. Jakikolwiek zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy mogą być dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
3. W przypadku nieterminowego regulowania zobowiązań przez *Zamawiającego*, ewentualne cesje należności mogą nastąpić wyłącznie po wyrażeniu pisemnej zgody przez podmiot, zgodnie z art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654).
4. *Usługodawca* ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie według przepisów ogólnych.

**5. W przypadku:**

- a) niewłaściwego lub nieterminowego przeprowadzenia badania;
- b) wydania wyników osobie nieuprawnionej lub z dużym opóźnieniem;
- c) niezawarcia przez Zamawiającego umowy z NFZ na świadczenia medyczne, w ramach których niezbędne jest wykonywanie badań będących przedmiotem niniejszej umowy;
- d) podwyższeniem cen jednostkowych przez *Usługodawcę* z naruszeniem trybu określonego w § 2 ust. 6 niniejszej umowy,
- e) innego rodzaju nienależytym wykonaniem umowy opisanym w odstąpieniu,

strony mogą rozwiązać umowę za wypowiedzeniem z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

**6.** Wypowiedzenie winno być złożone w formie pisemnej drugiej stronie najpóźniej w ostatnim dniu miesiąca poprzedzającego okres wypowiedzenia.

**7.** Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony **od 01.12.2013 r. do 30.11.2015 r.**

**8.** *Zamawiający* dopuszcza przedłużenie czasu trwania niniejszej umowy poprzez pisemny aneks, na okres do lat 3.

**9.** W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

**10.** Wszelkie spory pomiędzy stronami mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą przez Sąd Powszechny właściwy dla siedziby *Zamawiającego*.

**11.** Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Wykaz załączników do umowy:

Zał. nr 1 - formularz cenowy

Zał. nr 2 – wzory druków zleceń

**Zamawiający:**

**Usługodawca:**