**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZASNYSZU ul. Sadowa 9, 06-300 Przasnysz**

 ***tel-29 75 34 318 , fax -29 75 34 380***

***OGŁASZA KONKURS OFERT***

***NA***

***wykonywanie usług diagnostycznych z zakresu:***

* badań bakteriologicznych w kierunku gruźlicy,

Konkurs ofert zostaje przeprowadzony w oparciu o Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011r. O działalności leczniczej (Dz. U. 112/11, poz 654 z póź. zm.)

Ustawę zdnia 27 sierpnia 2004r. O świadczeniach finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. 210/04 poz 2135 z póź. zm.) oraz w oparciu o dokumentację konkursową.

Planowany termin rozpoczęcia wykonywania usług –01.09.2014r.

Przewiduje się zawarcie umowy na okres 3 **lat**,

Szczegółowe warunki konkursu ofert zawierają odpowiednie *Specyfikacje warunków zamówienia*, dostępne do pobrania wraz z *Formularzem oferty* oraz *Wzorem umowy* w Sekretariacie SPZZOZ w Przasnyszu od poniedziałku do piątku w godz. 730 – 1505. oraz na STRONIE INTERNETOWEJ naszego szpitala tj. [www.szpitalprzasnyszpl](http://www.szpital.przasnysz.prv.pl/)**.**

Oferty należy składać w Sekretariacie Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu ul. Sadowa 9 w terminie do 22.08 .2014r. do godz. 1000.

 Rozpoczęcie części jawnej konkursu ofert z udziałem oferentów nastąpi dnia. 22.08.2014r. w sali konferencyjnej (I piętro Dział Administracji) w siedzibie SP ZZOZ w Przasnyszu, przy ulicy Sadowej 9 o godz10.30

Składający ofertę jest nią związany przez okres 30dniod upływu terminu ich składania.

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w ciągu 14 dni od terminu jego rozpoczęcia.

Organizator konkursu w szczególnie uzasadnionych przypadkach zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści materiałów konkursowych, jednak nie później niż 7 dni przed upływem terminu składania ofert, z koniecznością niezwłocznego poinformowania o zmianie wszystkich Oferentów.

 Organizator konkursu zastrzega sobie prawo przesunięcia terminu składania ofert oraz odwołania konkursu w całości bez podania przyczyny.\

 Skargi i protesty dotyczące konkursu złożone w terminach określonych w Rozporządzeniu MZiOS z 13 lipca 1998 r. rozstrzyga odpowiednio – Komisja Konkursowa, Dyrektor Zakładu.

Szczegóły dotyczące konkursu znajdziecie Państwo na stronie internetowej - **www.szpitalprzasnysz.pl.**



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu

06-300 Przasnysz, ul. Sadowa 9

Tel. (029) 753 43 18, Fax (029) 753 43 80

NIP 761 – 13 – 33 - 881, REGON 000302480

**SPECYFIKACJA WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA**

* 1. ***wykonywanie usług diagnostycznych z zakresu:***
* Z zakresu badań bakteriologicznych w kierunku gruźlicy

w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu

**SPIS TREŚCI:**

# Postanowienia ogólne

1.Podstawa prawna

2.Przedmiot zamówienia

3.Zawartość dokumentacji konkursowej

4.Informacje o Zamawiającym

# Składanie oferty

5.Dokumenty stanowiące ofertę

6.Opieczętowanie i oznakowanie ofert

7.Ilość ofert

8.Termin składania ofert

9.Modyfikacja lub wycofanie oferty

# Rozstrzygnięcie konkursu ofert

10.Otwarcie ofert

11.Kryteria oceny ofert

12.Wybór oferenta

13.Zawarcie umowy

  **D. Informacje dodatkowe**

14.Prawa Udzielajacego Zamówienie

15.Odrzucenie oferty

16.Unieważnienie konkursu

17.Protest i odwołanie

#  A POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. **Podstawa prawna**

Warunki prawne dotyczące postępowania konkursowego zawarte są między innymi w następujących aktach i dokumentach:

* Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. O działalnosci leczniczej(Dz. U. 112/11, poz 654 z póź. zm.)
* Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. O świadczeniach finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. 210/04 poz 2135 z póź. zm.
* Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. O ochronie danych osobowych( Dz. U. 101/02 poz 926 z póź zm.)
* Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. O prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta ( Dz. U. 52/09 poz 417 z póx zm.)
* oraz zasady opisane w niniejszych materiałach konkursowych.
1. **Przedmiot zamówienia**

2.1. Przedmiotem zamówienia są:

* **badania bakteriologiczne w kierunku gruźlicy**
	1. Świadczeniodawca zobowiązany będzie do wykonywania badań zgodnie z obowiązującymi wymaganiami fachowymi i sanitarnymi, w pomieszczeniach oraz przy użyciu sprzętu i aparatury spełniających wymagania określone w odpowiednich przepisach prawnych.
	2. Osoby świadczące usługi medyczne powinny mieć udokumentowane kwalifikacje do wykonywania przedmiotu zamówienia.
	3. Świadczeniodawca będzie zobowiązany do prowadzenia pełnej dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
	4. Świadczeniodawca zobowiązany będzie do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
	5. Świadczeniodawca zobowiązany będzie wykonywać umowę zgodnie z zasadami i warunkami, określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
	6. Świadczeniodawca zobowiązany jest do posiadania zawartej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
	7. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za nienależyte i nieterminowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych oraz za szkody wyrządzone pacjentom przy ich udzielaniu.

**3. Zawartość dokumentacji konkursowej**

W skład dokumentacji konkursowej wchodzą:

* Specyfikacja warunków zamówienia.
* Formularz oferty:

-oświadczenie oferenta-zał. Nr 1 do oferty

-oferta cenowa -zał. Nr 2 do oferty

-zasady wykonywania badań diagnostycznych- zał. Nr 3 do oferty

-warunki lokalowe i wyposażenie-zał. Nr 4 do oferty

-kwalifikacje osób świadczacych usługi -zał. Nr 5 do oferty

* Wzór umowy

**4. Informacje o Zamawiającym**

4.1. Dane zakładu:

* Nazwa zakładu: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu
* Siedziba zakładu: 06-300 Przasnysz, ul. Sadowa 9
* Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą-000000007131
* Numer wpisu do krajowego rejestru sądowego: 0000137844
* NIP: 761–13-33-881, REGON: 000302480

4.2. Osoby reprezentujące zakład:

* Dyrektor Zakładu: lek. Jerzy Marian Sadowski
* Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych: mgr Urszula Maćkowska

4.3.Wszelkich informacji dotyczących konkursu ofert udzielają :

Kierownik Działu Organizacji i Monitorowania Świadczeń Zdrowotnych

 - mgr Agnieszka Grędzińska .- nr telefonu 0 -29 75 -34 -331.

Pracownik Działu Organizacji i Monitowania Świadczeń Zdrowotnych

 - mgr Marzena Rudzińska – nr telefonu –0 29 75-34-350

**B. SKŁADANIE OFERT**

**5. Dokumenty i informacje stanowiące ofertę**

5.1. Oferta przedłożona przez oferenta powinna obejmować następujące dokumenty i informacje:

1. Formularz oferty:
* dane ogólne o oferencie;
* oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i niniejszą specyfikacją oraz
* propozycja cen wykonywania badań diagnostycznych zawartych w niniejszej specyfikacji *(wyłącznie na załączonym formularzu);*
* zasady wykonywania badań diagnostycznych;
* wskazanie liczby i kwalifikacji personelu realizującego przedmiot zamówienia;
* określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności;
1. Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego;
2. Odpis z rejestru podmiotów wykonujacych działalność leczniczą.
3. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności *gospodarczej (w przypadku oferentów prowadzących działalność gospodarczą*);
4. Informacja o ubezpieczeniu OC – kserokopia polisy (*dopuszcza się możliwość złożenia zobowiązania o dostarczeniu dokumentów najpóźniej w terminie 15 dni przed rozpoczęciem udzielania świadczeń*);
	1. Do oferty **można** załączyć dokumenty potwierdzające uzyskane certyfikaty, dyplomy, rekomendacje, itp.

5.3. Złożone kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za **zgodność z oryginałem** oraz podpisane przez kierownika zakładu składającego ofertę, a na żądanie Zamawiającego okazane w oryginale.

**6. Opieczętowanie i oznakowanie ofert**

6.1. Oferty należy składać w zabezpieczonych kopertach zaadresowanych na adres Zamawiającego:

***Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu***

***06-300 Przasnysz, ul. Sadowa 9***

6.2. Koperta powinna zawierać następujące oznaczenia:

***„Oferta dotycząca konkursu ofert na wykonywanie badań diagnostycznych z zakresu .............................................................................................................................................................................................................”***

***Nie otwierać przed 22.08.2014r. ”***

6.3. Poza oznaczeniami określonymi przez punkt 6.2 koperta powinna posiadać nazwę i adres oferenta, aby w przypadku stwierdzenia, że jest opóźniona, można było odesłać ją nie otwartą.

16.4 W przypadku gdy koperta nie jest oznaczona i opieczętowana jak wyżej wskazano, Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za zgubienie lub zbyt wczesne otwarcie oferty.

**7. Ilość ofert**

Każdy oferent ma prawo złożyć tylko jedną ofertę na wybrane badania diagnostyczne.

**8. Termin składania ofert**

Oferty należy składać w sekretariacie SP ZZOZ w Przasnyszu w terminie do **22.08**.**2014 r.** do godz**. 1000.**

.

**9. Modyfikacja lub wycofanie oferty**

Oferent może zmodyfikować lub wycofać ofertę za pomocą pisemnego powiadomienia przed upływem terminu do składania ofert.

# C. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU OFERT

**10. Otwarcie ofert**

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **22.08.2014 r**. o godz. **1030** w sali konferencyjnej znajdującej się w siedzibie Zamawiającego.

**11. Kryteria oceny ofert**

11.1. Oferty będą oceniane wg niżej wymienionych kryteriów z ustalonym w sposób następujący ich procentowym udziałem w ocenie ogólnej:

* cena usługi – **100%;**

**12. Wybór oferenta**

12.1 Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w ciągu 14 dni od terminu jego rozpoczęcia.

12.2. Zamawiający wybierze oferenta, który spełni przedstawione warunki oraz przedstawił najkorzystniejszą ofertę.

12.3. Zamawiający ma prawo do przyjęcia lub odrzucenia którejkolwiek oferty oraz odwołania konkursu ofert i odrzucenia wszystkich ofert, w dowolnym czasie, przed wyborem oferenta, bez ponoszenia odpowiedzialności wobec oferentów których to dotyczy i bez obowiązku informowania oferentów o podstawach swego działania.

12.4. Komisja konkursowa powiadomi oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku niezwłocznie po zakończeniu konkursu ofert.

**13. Zawarcie umowy**

13.1. W ciągu 7 dni od rozstrzygnięcia przetargu wybranemu oferentowi zostanie przedstawiona propozycja umowy.

13.2. Zawarcie umowy nastąpi w ciągu 21 dni od daty rozstrzygnięcia przetargu.

13.3. Nie podpisanie umowy w wyznaczonym terminie będzie wystarczającym powodem do anulowania wyboru oferenta.

13.4. Przewiduje sie zawarcie umowy na **okres 3 lat.**

# D INFORMACJE DODATKOWE

**14. Prawa Udzielającego Zamówienie**

14.1 Termin związania ofertą wynosi 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

142 Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo korekty oczywistych omyłek w treści złożonej oferty.

14.3 Udzielający Zamówienia dopuszcza możliwość wprowadzenia zmian do proponowanego wzoru umowy.

14.4 Udzielający Zamówienie rozstrzyga konkurs w ciągu 2 dni roboczych od chwili upływu terminu składania ofert oraz wezwie wybranych przyjmujących zamówienie do zawarcia umów we wskazanym terminie.

14.5. Udzielający Zamówienie ogłosi wynik konkursu tj. wybór oferty najkorzystniejszej lub unieważnienie konkursu w ciągu 3 dni od dnia otwarcia ofert, zamieszczając stosowne ogłoszenie z podaniem nazwy oferenta i jego adresu na swojej stronie internetowej.

**15. Odrzucenie oferty**

15.1 Odrzuca się ofertę :

 -Złożoną po terminie,

 -Zawierającą nieprawdziwe informację,

 -Jeżeli przyjmujący oświadczenie nie określił przedmiotu oferty lab nie podał proponowanej liczby lub ceny usług,

 -Jeżeli zawiera rażącą niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,

 -Jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,

 -Jeżeli przyjmujący zamówienie złożył ofertę alternatywną,

 -Jeżeli przyjmujący zamówienie lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez udzielającego zamówienie (art 149 ust 1pkt 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ).

15.2 W przypadku gdy braki , o których mowa w ust. 1 dotyczą tylko części oferty , ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.

15.3 W przypadku gdy przyjmujący zamówienie nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy jego oferta zawiera braki formalne , komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty .

**16. Unieważnienie konkursu**

16.1.Kierownik podmiotu leczniczego udzielającego zamówienie unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej , gdy:

 -nie wpłynęła żadna oferta,

 -wpłynęła 1 oferta niepodlegająca odrzuceniu , z zastrzeżeniem ust 2.

 -odrzucono wszystkie oferty,

 -nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca , że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych , czego nie można było wcześniej przewidzieć.

 -kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę , którą udzielający zamówienie przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu.

 -jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu , komisja może przyjąć tę ofertę , gdy z okoliczności wynika , ze na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert , nie wpłynie więcej ofert,

 -udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz do przesunięcia terminu składania ofert.

1. **Protest i odwołanie**

17.1 Uczestnicy postępowania maja prawo składania skarg i protestów dotyczących konkursu na poniżej wskazanych zasadach.

**17.2 Protest**

 - W toku postępowania konkursowego , do czasu zakończenia postępowania ,przyjmujący zamówienie może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności .

 - Do czasu rozpatrzenia protestu , postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu , chyba że z treści protestu wynika , że jest on oczywiście bezzasadny.

 - Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

 - Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzenia.

 - Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeniu oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.

 - W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność

**17.3 Odwołanie**

 -Przyjmujący zamówienie biorący udział w postępowaniu może wnieść do kierownika podmiotu leczniczego udzielającego zamówienie , w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania , odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania .

 - Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

 -Odwołanie rozpatruje się w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania .

 -Wniesienie odwołanie wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki

 zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

 Zatwierdzam

*Przasnysz, dnia................................. r.*

**FORMULARZ OFERTY**

na wykonywanie badań ....................................................................................

Ogólne dane o Oferencie:

Nazwa zakładu /praktyki lekarskiej/: ..................................................................................................

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

Siedziba zakładu /praktyki lekarskiej/ ................................................................................................

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujacych działalność leczniczą .....................................

Osoba upoważniona do reprezentowania oferenta ..............................................................................

Telefon ....................................................... Fax .........................................................

NIP ...............................................................

REGON .........................................................

Nazwa banku .......................................................................................................................................

Numer konta ........................................................................................................................................

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

 *(podpis i pieczęć oferenta)*

Liczba załączników: 5

**Załącznik nr 1**

#### Oświadczenie oferenta

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i specyfikacją w sprawie konkursu ofert na wykonywanie badań diagnostycznych zleconych przez Zamawiajacego oraz projektem umowy, zgadzam się z warunkami konkursu ofert oraz przyjmuję je do stosowania. Oświadczam także, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym.

*Data* ...........................................

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

  *(podpis oferenta)*

**Załącznik nr 2**

**Oferta cenowa badań**

Oferent sporządzi ofertę cenową badań diagnostycznych.

 **bakteriologiczne w kierunku gruźlicy**

**szacunkowa ilość wykonanych badań w roku 2013 wynosi- 261**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oferta cenowa badania** | **Ilość** | **Cena** | **Wartość**  |
| 1 | Posiew z plwocin (w kierunku gruźlicy) | 119 |  |  |
| 2 | Bakterioskopia | 99 |  |  |
| 3 | Oznaczenie | 4 |  |  |
| 4 | Bad. Cyt. wydzielina z oskrzeli | 25 |  |  |
| 5 | Bad. Histopat. Drobn. Mat. | 7 |  |  |
| 6 | Szczoteczkowanie oskrzeli | 7 |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 3**

**Zasady wykonywania badań diagnostycznych**

Oferent przedstawi proponowane przez siebie zasady wykonywania badań diagnostycznych:

* Transport materiału
* Terminy wykonywania badań diagnostycznych
* Sposób przekazywania wyników badań.

**Załącznik nr 4**

**Warunki lokalowe, wyposażenie**

Oświadczenie oferenta określające warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt diagnostyczny oraz środki transportu i łączności.

Załącznik nr 5

Kwalifikacje osób świadczących usługi

Oświadczenie dotyczące osób, które będą wykonywały świadczenia zdrowotne wraz ze wskazaniem kwalifikacji mających znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych | Staż pracy | Nr statystyczny uprawnień |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

 *(podpis oferenta)*

***~ Wzór ~***

**UMOWA Nr ..........................**

w zakresie wykonywania **badań ..................................................................**

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

**Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu,** **ul. Sadowa 9**, zwanym w treści umowy *Udzielającym zamówienia*, reprezentowanym przez:

lek. Jerzego Sadowskiego - Dyrektora Zakładu

a

**..............................................................................................................................................................................**, zwanym w treści umowy *Przyjmującym zamówienie*, reprezentowanym przez:

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

Przedmiot zamówienia

**§ 1**

1. Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie przez *Przyjmującego zamówienie* na zlecenie *Udzielającego zamówienia* badań WYSZCZEGÓLNIONYCH w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Podstawą wykonania badania będzie skierowanie wystawione przez *Udzielającego zamówienia* opatrzone pieczątką zakładową orazpodpisane przez upoważnionego lekarza.
3. Szczegółowe zasady i organizację wykonywania przedmiotu zamówienia określa **załącznik nr 2** do niniejszej umowy.

Obowiązki stron

**§ 2**

1. *Przyjmujący zamówienie* realizuje przedmiot zamówienia z należytą starannością, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej respektującej prawa pacjenta.
2. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do zapewnienia wykonywania badań przez osoby wskazane w ofercie-**załącznik nr 3** do umowy
3. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do wykonywania badań w pomieszczeniach z użyciem sprzętu i aparatury spełniających wymagania określone w odpowiednich przepisach prawa.
4. Świadczenia zdrowotne wykonywane przez *Przyjmującego zamówienie* na podstawie umów z innymi podmiotami nie będą ograniczały realizacji obowiązków określonych niniejszą umową, jak też nie będą zwiększały kosztów świadczeń stanowiących przedmiot tej umowy.
5. *Przyjmujący zamówienie* jest zobowiązany do poddania się kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wykonywania niniejszej umowy.

##### Zastępstwo

##### §3

1. Po uzyskaniu zgody *Udzielającego zamówienia* *Przyjmujący zamówienie* może zlecić zastępcy udzielanie świadczeń zdrowotnych i związanych z tym obowiązków, określonych w niniejszej umowie.
2. Zastępcą może być osoba posiadająca kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem niniejszej umowy.
3. *Przyjmujący zamówienie* odpowiada za czyny zastępcy jak za czyny własne.
4. Koszty zastępstwa ponosi *Przyjmujący zamówienie*.

Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie

**§ 4**

1. *Przyjmujący zamówienie* ponosi odpowiedzialność za nienależyte i nieterminowe wykonywanie przedmiotu umowy.
2. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do posiadania zawartej umowy ubezpieczenia OC zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa

##### Należność za realizację zamówienia

**§ 5**

1. *Udzielający zamówienia* będzie obciążony za zlecone badania, według cen ujętych w cenniku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do informowania w formie pisemnej o każdorazowej zmianie cen.
3. Zmiany cen mogą mieć miejsce nie częściej niż 2 razy w roku, jednocześnie pierwsza zmiana cen nie może nastąpić wcześniej niż po 6 miesiącach od dnia obowiązywania umowy.
4. Zmieniona cena obowiązywać będzie strony od 1 dnia miesiąca po zgłoszeniu zmiany przez *Przyjmującego zamówienie*, jednak nie wcześniej niż od 10-go dnia od otrzymania pisemnego zawiadomienia o dokonanej zmianie.
5. Należność za wykonane badania uiszczana będzie na podstawie faktur VAT, wystawianych przez *Przyjmującego zamówienie* po zakończeniu każdego miesiąca.
6. Jako załącznik do faktury VAT *Przyjmujący zamówienie* sporządzi wykaz wykonanych badań na rzecz *Udzielającego zamówienia* wg wzoru:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię pacjenta | PESELpacjenta | Nazwa jednostki(oddział, poradnia)zlecającej badanie | Lekarzzlecający | Data realizacji | Rodzajbadania | Cenabadania |

1. Należność, o której mowa w ust. 3 przekazywana będzie na rachunek:

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

1. Termin płatności ustala się na 21 dni od daty wystawienia faktury.
2. Za nieterminowe regulowanie należności będą naliczane odsetki ustawowe.
3. **Ilości badań przyjęte w SIWZ są wielkościami szacunkowymi ich faktyczna ilość wynikać będzie z bieżącej pracy szpitala w okresie obowiązywania umowy**
4. *Przyjmujący zamówienie* będzie płacił za faktycznie wykonane badania wg. cen jednostkowych wynikających z oferty która stanowi załącznik do umowy.
5. W związku z zapisem pkt. 1 wielkości dotyczące ilości badań w zakresie rzeczowym jak i ilościowym mogą ulec zmianie z tego tytułu *Przyjmujący*  *Zamówienie* nie poniesie konsekwencji finansowych.
6. Aby uniknąć dużych rozbieżności pomiędzy ilościami wynikającymi z umowy, a ich faktycznym wykonaniem Wykonawca bilansować będzie ilości badań w poszczególnych asortymentach i po okresie 6 miesięcy obowiązywania umowy zaproponuje w formie Aneksu wprowadzenie korekty ilościowej do umowy.

#  Obowiązywanie umowy

**§ 6**

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na okres od dnia **01.09.2014 r. do dnia 31.08.2017 r.**

**§ 7**

1. Wszelkie zmiany umowy mogą mieć miejsce wyłącznie w formie pisemnych aneksów i będą dokonywane za zgodą obustronną.
2. Ewentualne spory między stronami rozstrzygane będą przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Udzielającego zamówienia.
3. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy KC.
4. Umowa wchodzi w życie od dnia z dniem podpisania.
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

 **§ 8**

**Rozwiązanie Umowy**

1. Z upływem czasu na jaki była zawarta ,
2. Z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych
3. Wskutek oświadczenia jednej ze stron , z zachowaniem 1 miesiecznego okresu wypowiedzenia
4. Wskutek oświadczenia jednej ze stron **bez** zachowania okresu wypowiedzenia , w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istone postanowienia Umowy

# Udzielający zamówienia Przyjmujący zamówienie

*Załącznik nr 1 do Umowy*

# CENNIK BADAŃ OBJĘTYCH UMOWĄ

# Badania

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Cena jednostkowa badania** |
|  |  |  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |
| 13. |  |  |
|  |  |  |

*Załącznik nr 2 do Umowy*

**SZCZEGÓŁOWE ZASADY WYKONYWANIA BADAŃ OBJĘTYCH UMOWĄ**

Miejsce wykonywania badań (nazwa i adres pracowni diagnostycznej)

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

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

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

Transport badań ............................................................................................................................ .................................................................................................................................................................................................................................

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

Termin oczekiwania na wynik badania

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

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

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

Sposób przekazywania wyników badań

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

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

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

Uwagi

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

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

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

*Załącznik nr 3 do Umowy*

**kwalifikacje osób świadczacych usługi**