

MCS/ZP/2214-09/2018

Data: 18.12.2018 r.

WARUNKI KONKURSU OFERT

W SPRAWIE UMOWY O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z CZYNNOŚCIAMI TECHNICZNYMI Z ZAKRESU ORTODONCJI

Podstawy prawne:

- 1) *ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,*
- 2) *ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,*
- 3) *Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 22.12.2011 r.*

1. Udzielający Zamówienia:

Mazowieckie Centrum Stomatologii Spółka z o.o. w Warszawie, 00-301 Warszawa, ul. Nowy Zjazd 1, NIP: 5252465327; REGON: 142049482; tel. 22 556 93 00, fax. 22 556 94 03, www// mcs-przychodnia.pl, adres e-mail: sekretariat@mcs-przychodnia.pl

2. **Przedmiotem konkursu ofert:** jest zawarcie umowy na świadczenia zdrowotne związane z czynnościami technicznymi z zakresu ortodoncji.
3. Szczegółowy opis świadczeń zdrowotnych zawarty jest w **załączniku nr 2** do niniejszych Warunków Konkursu Ofert.
4. Czas obowiązywania umowy: **24 miesiące**.
5. Rozpoczęcie świadczeń od **dnia podpisania umowy**.
6. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Kierownik Udzielający Zamówienia powołał Komisję konkursową.
7. Komisja konkursowa odrzuci oferty w przypadkach określonych w przepisie art. 149 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
8. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszonym ponownie na tych samych warunkach konkursie ofert, nie wpłynie więcej ofert.
9. Kierownik Udzielającego Zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne na podstawie art. 150 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
10. Przyjmującym Zamówienie, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia zasad postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w art. 153 i 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
11. Spełnianie warunków udziału w konkursie – Komisja konkursowa dokona wyboru oferty najkorzystniejszej biorąc pod uwagę następujące kryteria:
 - 1) spełnianie warunków określonych w Załączniku nr 2 do Warunków Konkursu Ofert ,
 - 2) spełnianie standardów jakościowych i technicznych oferowanych prac,
 - 3) doświadczenie w zakresie wykonywania prac technicznych-ortodontycznych – **minimum 5 lat** przed terminem składania ofert,
 - 4) oferta musi obejmować **wszystkie prace** techniczne-ortodontyczne wymienione w formularzu asortymentowo – cenowym.

12. Kryteria oceny ofert:

a. Cena – 80 %

Sposób dokonywania oceny wg wzoru:

Cena oferty = $C_n/C_b \times 80$ pkt;

gdzie: C_n – cena najniższa, C_b – cena badana

b. Jakość - 20 %

I. Modele diagnostyczne – od 0 do 8 pkt

Parametry oceniane:

- jakość wykonania (obciążenie, estetyka, staranność wykonania)
- jakość użytego materiału

II. Płytki Schwarza – od 0 do 12 pkt

Parametry oceniane:

- wykonanie poszczególnych elementów (elementy druciane, osadzenie śruby, jakość płyty aparatu)
- zastosowanie właściwych materiałów (druły, śruba, akryl)
- estetyka pracy

Komisja dokona oceny powyższych próbek wg podanej skali.

Niedostarczenie próbek równoznaczne będzie z odrzuceniem oferty.

Z przeprowadzonej oceny jakości komisja sporządza protokół, który zawiera nazwę wykonawcy i łączną ilość punktów uzyskanych w kryterium jakość (łącznie w/w próbek) oraz ilość punktów uzyskanych w kryterium cena.

Punktacja końcowa każdej z ocenianych ofert będzie wyliczona wg wzoru:

$$X = (Cn/Cb \times 80) + \text{ilość punktów uzyskanych w kryterium jakość}$$

13. Wykonawca może otrzymać maksymalnie 100 punktów.
14. Dla potrzeb oceny ofert, Zamawiający obliczy przyznane Przyjmującym Zamówienie punkty z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
15. Za najkorzystniejsze zostaną uznane dwie oferty, które uzyskają największą liczbę punktów.
16. Pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów.
17. Oferty zostaną rozpatrzone w terminie 7 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
18. Udzielający Zamówienia rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłosi niezwłocznie na swojej stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń, a także przekaze w formie określonej w pkt 25 Warunków Konkursu Ofert wszystkim uczestnikom konkursu ofert.
19. Udzielający Zamówienia zawrze umowę z dwoma Przyjmującymi Zamówienie, których oferty zostaną uznane za najkorzystniejsze – w terminie 7 dni roboczych od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
20. Do umów na świadczenia zdrowotne stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.
21. Składanie ofert:
 - 1) każdy Przyjmujący Zamówienie składa tylko jedną ofertę;
 - 2) ofertę należy złożyć w formie pisemnej w zamkniętej kopercie pod rygorem nieważności.

Kopertę należy zaadresować wg wzoru:

**Konkurs ofert w sprawie umowy na świadczenia zdrowotne
związane z czynnościami technicznymi z zakresu ortodoncji
nr ref. KO/09/18”**

**Mazowieckie Centrum Stomatologii Sp. z o.o.
ul. Nowy Zjazd 1
00 – 301 Warszawa**

NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM 04.01.2018 r. GODZ: 12:30

22. Miejsce i termin składania ofert:

Ofertę należy złożyć w Sekretariacie pokój 321 Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie **do dnia 04.01.2018 r. do godz. 12:30.**

Otwarcie ofert nastąpi **w dniu 04.01.2018 r. o godz. 13:00** w siedzibie Udzielającego Zamówienia w sali Wykładowej III piętro p. 326.

Okres związania ofertą wynosi 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

23. Ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym wg. załączonego wzoru – Formularz oferty (załącznik nr 1), Formularzem asortymentowo-cenowym (załącznik nr 2) oraz pozostałymi dokumentami wymienionymi w pkt 24. Oferta winna być napisana w języku polskim w sposób czytelny, maszynowo lub komputerowo za pomocą edytora tekstu bądź inną trwałą techniką, wszystkie strony oferty muszą być podpisane przez osobę uprawnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.
24. **Oferta musi zawierać:**
- 1) **Formularz oferty** (załącznik nr 1)
 - 2) **Formularz asortymentowo-cenowy/szczegółowy opis świadczeń zdrowotnych** (załącznik nr 2)
 - 3) Kopia **polis** lub **pisemne zobowiązanie** Przyjmującego Zamówienie do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – stosownie do przepisów.
 - 4) **Próbki.**
25. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie przekazywać będą w formie pisemnej, faksem lub pocztą elektroniczną.
26. Informacji o przedmiocie konkursu ofert udzielają: w godz. 8:00-16:00 w kwestiach merytorycznych Dyrektor ds. Medycznych tel. 22 556 94 00, w kwestiach formalnych Zespół Zamówień Publicznych fax. 22 556 94 31, tel. 22 556 94 30 zamowienia@mcs-przychodnia.pl
27. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:
- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Mazowieckie Centrum Stomatologii Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie 00-301 Warszawa ul. Nowy Zjazd 1, centrala: (022) 556 93 00, sekretariat: (022) 556 94 00, fax (022) 556 94 03, www.mcs-przychodnia.pl, e-mail: sekretariat@mcs-przychodnia.pl
 - 2) inspektorem ochrony danych osobowych w Mazowieckim Centrum Stomatologii Sp. z o.o. jest Pani Iga Paplińska, adres e-mail - iod@mcs-przychodnia.pl, telefon: 22 55 69 400;
 - 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z konkursem ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych (**nr ref. sprawy: KO/09/18**);
 - 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja konkursowa w oparciu o *art. 135 ust. 1 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*;
 - 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres 5 lat od dnia zakończenia konkursu ofert, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 5 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
 - 4) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach: *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, związanym z udziałem w konkursie ofert;
 - 6) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
 - 7) posiada Pani/Pan:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;

- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

8) nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

28. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Konkursu Ofert mają zastosowanie przepisy:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych,
- 3) Kodeksu cywilnego

29. Warunki Konkursu Ofert zawierają następujące załączniki:

- 1) Formularz oferty - załącznik nr 1**
- 2) Szczegółowy opis świadczeń zdrowotnych/Formularz asortymentowo-cenowy - załącznik nr 2**
- 3) Projekt umowy wraz z załącznikami - załącznik nr 3**
- 4) Wzór druku- zlecenie prac
- 5) Wzór druku rozliczenia prac

.....
(nazwa Przyjmującego Zamówienie)

FORMULARZ OFERTY OFERTA

Ja (my),

Imiona i nazwiska osób reprezentujących Przyjmującego Zamówienie

działając w imieniu i na rzecz Przyjmującego Zamówienie:

Nazwa Przyjmującego Zamówienie	
Adres	
NIP	
REGON	
Nr telefonu	
Nr fax	
e-mail	

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na świadczenia zdrowotne związane z czynnościami **technicznymi z zakresu ortodoncji** na rzecz Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o. w Warszawie (nr ref. sprawy KO/09/18), składam ofertę i:

1. Zobowiązuję się do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności **technicznych z zakresu ortodoncji** zgodnie z Warunkami Konkursu Ofert, po cenach określonych szczegółowo w Formularzu asortymentowo-cenowym (załącznik nr 2).

2. Szacunkową wartość umowy określam na kwotę:

..... zł netto (słownie:zł);

..... zł VAT (słownie:zł);

..... zł brutto (słownie:zł).

3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia, Warunkami Konkursu Ofert, projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam niezbędne informacje do przygotowania oferty.
4. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
5. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem a także potencjałem ludzkim zdolnym do jego wykonania.
6. Oświadczam, że wykonuję usługi w zakresie prac technicznych-ortodontycznych od/minimum 5 lat przed upływem terminu składania ofert/.
7. Oświadczam, że złożona oferta odpowiada Warunkom Konkursu Ofert i jest ważna przez okres związania ofertą wynoszący **30 dni** od daty upływu terminu składania ofert.
8. Oświadczam, że oferowane świadczenia zdrowotne będą wykonywane rzetelnie, celowo, na poziomie zgodnym z obowiązującymi standardami, zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia i zachowaniem obowiązujących przepisów prawnych medycznych, sanitarnych, epidemiologicznych, BHP itp.
9. Oświadczam, że materiały wykorzystane do realizacji zamówienia będą posiadały wszelkie stosowne atesty i dopuszczenia do obrotu i użycia w technice dentystycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
10. W przypadku wątpliwości, co do jakości lub pochodzenia materiałów wykorzystywanych do wykonania zamówienia zobowiązujemy się na żądanie Udzielającego Zamówienia przedstawić, dokumenty potwierdzające jakość i pochodzenie tych materiałów.
11. Udzielam gwarancji na wykonane prace na okres **12 miesięcy**.
12. Zobowiązuje się do zawarcia pisemnej umowy w terminie **30 dni** od daty rozstrzygnięcia konkursu.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

Data

.....

/Podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie lub osoby
(osób) uprawnionej (-ych) do występowania w imieniu
Przyjmującego Zamówienie/

.....
 Pieczętka firmy wykonującej prace

ROZLICZENIE WYKONANYCH PRAC ORTODONTYCZNYCH

Za miesiąc

Kod pracy.	Data dostarczenia pracy	Imię i nazwisko lekarza zlecającego	Nr karty pacjenta	Rodzaj pracy	Ilość prac	Kwota wykonania

.....
 Sprawdzenie poprawności wykonanych prac
 przez Kierownika Poradni lub osobę
 upoważnioną do kontaktu z firmą zewnętrzną
 (Data podpis i pieczętka)

.....
 Zatwierdzenie rozliczenia
 przez Dyrektora ds. Medycznych
 (Data podpis i pieczętka)

.....
 Podpis osoby upoważnionej
 do rozliczania prac w firmie wykonującej
 (Data podpis i pieczętka)