

MCS/ZP/2214-01/2019

WARUNKI KONKURSU OFERT

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

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 protetyki.
3. O zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych mogą ubiegać się Przyjmujący Zamówienie, którzy spełniają następujące warunki:
 - 1) są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi;
 - 2) posiadają uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych;
 - 3) spełniają i przyjmują kryteria określone w niniejszych Warunkach konkursu ofert oraz we wzorze umowy;
 - 4) posiadają doświadczenie w zakresie wykonywania prac technicznych-protetycznych – minimum 5 lat przed terminem składania ofert.
 - 5) posiadają polisę lub złożą pisemne zobowiązanie do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – stosownie do przepisów.
4. Szczegółowy opis świadczeń zdrowotnych zawarty jest w **załączniku nr 2** do niniejszych Warunków Konkursu Ofert.
5. Czas obowiązywania umowy: **12 miesięcy.**
6. Rozpoczęcie świadczeń od **dnia podpisania umowy.**
7. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Kierownik Udzielający Zamówienia powołał Komisję konkursową.
8. 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.*
9. 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.
10. 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.*
11. 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.*
12. Komisja konkursowa dokona wyboru ofert najkorzystniejszych biorąc pod uwagę następujące kryteria:

- 1) spełnianie warunków określonych w ust. 3 Warunków Konkursu Ofert,
- 2) kompletność - oferta musi obejmować wszystkie prace techniczne-protetycznych wymienione w formularzu asortymentowo – cenowym,

3) kryterium cena:

Cena – 100 %

Sposób dokonywania oceny wg wzoru:

Cena oferty = $C_n/C_b \times 100$ pkt

gdzie: C_n – cena najniższa, C_b – cena badana

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. Dla potrzeb oceny ofert, Zamawiający obliczy przyznane Przyjmującym Zamówienie punkty z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

18. Za najkorzystniejsze zostaną uznane dwie oferty, które uzyskają największą liczbę punktów.

19. Pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów.

20. W toku postępowania, do czasu zakończenia postępowania, Przyjmujący Zamówienie może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

21. Oferty zostaną rozpatrzone w terminie 7 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

22. Udzielający Zamówienia rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłosi niezwłocznie na swojej stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń, a także przekaże w formie określonej w pkt 29 Warunków Konkursu Ofert wszystkim uczestnikom konkursu ofert.

23. Udzielający Zamówienia zawrze umowę z Przyjmującym Zamówienie, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą – w terminie 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

24. Do umów na świadczenia zdrowotne stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.

25. Składanie ofert:

- 1) każdy Przyjmujący Zamówienie składa tylko jedną ofertę;
- 2) ofertę należy złożyć w formie pisemnej w zamkniętej kopercie pod rygorem nieważności.
- 3) kopertę należy zaadresować wg wzoru:

**Konkurs ofert w sprawie umowy na świadczenia zdrowotne związane z czynnościami technicznymi z zakresu ortodontcji
nr ref. KO/01/19”**

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

NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM 24.01.2019 r. GODZ: 12:30

- 4) Koperta, oprócz opisu jak wyżej, musi zawierać nazwę oraz adres Wykonawcy.

26. **Miejsce i termin składania ofert:**

Ofertę należy złożyć w Sekretariacie pokój 321 Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie **do dnia 24.01.2019 r. do godz. 12:30.**

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **24.01.2019 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.

27. 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 28. 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.

28. Oferta musi zawierać:

- 1) **Formularz oferty** (załącznik nr 1)
 - 2) **Formularz asortymentowo-cenowy/szczegółowy opis świadczeń zdrowotnych** (załącznik nr 2)
 - 3) Kopię **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.
29. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie przekazywać będą w formie pisemnej, faksem lub pocztą elektroniczną.
30. 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
31. 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/01/19**);
 - 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.
- 32.** 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
- 33.** 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 - **załącznik nr 4,**
 - 5) Wzór druku rozliczenie prac - **załącznik nr 5.**

.....
(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 protetyki** na rzecz Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o. w Warszawie (**nr ref. sprawy KO/01/19**), składam ofertę i:

1. Szacunkowa wartość umowy wynosi: **zł** brutto, słownie złotych:
..... zgodnie z ofertą Udzielającego zamówienia z dnia
2. Zobowiązuję się do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności **technicznych z zakresu protetyki** zgodnie z Warunkami Konkursu Ofert oraz po cenach określonych szczegółowo w Formularzu asortymentowo-cenowym stanowiącym załącznik nr 2 do Warunków Konkursu Ofert.
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-protetycznych 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 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 **24 miesięcy**.
12. Zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w terminie **30 dni** od daty rozstrzygnięcia konkursu.
13. Zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

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 PROTETYCZNYCH

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)