

MCS/ ZP /2211-257 /2020

Warszawa, dn. 19 maja 2020 r.

## ZAPROSZENIE

Niniejszym zapraszam Państwa do złożenia oferty na **udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z czynnościami technicznymi z zakresu protetyki** na rzecz Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie (nr ref.: **ZZ/15/20**).

### **Podstawa prawna wyboru trybu udzielenia zamówienia:**

Art. 26 ust 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej

#### **I. Opis przedmiotu zamówienia.**

Przedmiot zamówienia: **świadczenia zdrowotne związane z czynnościami technicznymi z zakresu protetyki.**

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarty jest z w Formularzu asortymentowo-cenowym /Opisie świadczeń zdrowotnych stanowiącym **Załącznik nr 1** oraz we wzorze umowy stanowiącym **Załącznik nr 3.**

#### **II. Termin realizacji umowy.**

Realizacja przedmiotu zamówienia nastąpi w wymaganym przez Udzielający Zamówienia w terminie 12. miesięcy od dnia zawarcia umowy.

#### **III. Warunki, jakie muszą spełniać oferenci ubiegający się o udzielenie zamówienia.**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się oferenci, 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 niniejszym Zaproszeniu oraz we wzorze umowy;
- 4) posiadają doświadczenie w zakresie wykonywania prac technicznych-protetycznych – minimum 3 lata 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.

#### **IV. Wykaz osób uprawnionych do porozumiewania się z Wykonawcami.**

- 1) W zakresie dotyczącym zagadnień formalno-prawnych: Agnieszka PAWŁOWSKA ,Katarzyna RAŹKOWSKA, tel. 22 55 69 430, e-mail: [zamowienia@mcs-przychodnia.pl](mailto:zamowienia@mcs-przychodnia.pl)
- 2) W zakresie dotyczącym przedmiotu zamówienia: Dyrektor ds. Medycznych Ewelina Karłowska, tel. 22 55 69 400

## V. Termin związania ofertą.

Wykonawca pozostaje związany ofertą przez okres **30 dni**. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

## VI. Sposób przygotowania oferty.

Dokumenty składające się na ofertę:

- 1) Wypełniony i podpisany Formularz oferty ( Załącznik nr 2).
- 2) Wypełniony i podpisany Formularz asortymentowo-cenowy /Opis świadczeń zdrowotnych ( Załącznik nr 1).
- 3) Polisa lub pisemne zobowiązanie do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – stosownie do przepisów.
- 4) Ofertę składa się, pod rygorem nieważności w formie pisemnej. Oferta powinna być napisana w języku polskim pismem czytelnym.
- 5) Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
- 6) Wszystkie dokumenty muszą być podpisane przez osoby upoważnione do reprezentowania firmy.
- 7) Wykonawca ponosi koszty przygotowania oferty.

## VII. Miejsce i termin składania i otwarcia ofert.

Ofertę należy złożyć: do dnia 25.05.2020 r.

- 1) elektronicznie na adres poczty: zamowienia@mcs-przychodnia.pl
- 2) korespondencyjnie za pośrednictwem poczty lub kuriera na adres: Mazowieckie Centrum Stomatologii Sp. z o.o., ul. Nowy Zjazd 1, 00-301 Warszawa, z dopiskiem: „Postępowanie nr ref.: ZZ/15/20”.
- 3) osobiście w sekretariacie Mazowieckie Centrum Stomatologii Sp. z o.o., ul. Nowy Zjazd 1, 00-301 Warszawa, od poniedziałku do piątku w godzinach: 8-16; z dopiskiem: „Postępowanie nr ref.: ZZ/15/20”.

## VIII. Kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty.

Przy wyborze oferty Udzielający Zamówienia będzie się kierował ceną:

- 1) **W ramach kontraktu z NFZ - najkorzystniejsza (najniższa) cena dla udzielanych świadczeń zdrowotnych w cenie jednostkowej w PLN:**

### DLA CZĘŚCI A

$$W1 = \frac{35 \text{ pkt} \times \text{najniższa cena wśród złożonych ofert}}{\text{Cena oferty ocenianej}}$$

W1 – wartość oferty

Proponowana cena nie może być wyższa niż **117,00 zł brutto**

### DLA CZĘŚCI B

$$W2 = \frac{50 \text{ pkt} \times \text{najniższa cena wśród złożonych ofert}}{\text{Cena oferty ocenianej}}$$

W2 – wartość oferty

Proponowana cena nie może być wyższa niż **27,00 zł brutto**

- 2) **Poza kontraktem z NFZ** - najkorzystniejsza (najniższa) stawka procentowa dla udzielanych świadczeń zdrowotnych z udziałem technika za wykonane świadczenia odpłatne naliczane od kwot zawartych w aktualnym cenniku Udzielającego Zamówienia dla

### **DLA CZĘŚCI C**

$$W3 = \frac{15 \text{ pkt} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}}{\text{wartość procentu danego oferenta}}$$

W3 – wartość oferty

proponowany udział procentowy nie może być wyższy niż **13,80 %**

- 3) **Sposób obliczania punktów:**

$$W_o = W_1 + W_2 + W_3$$

**Oferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt.**

W<sub>o</sub> - wartość całej oferty

W<sub>1</sub> – wartość oferty - ramach kontraktu z NFZ - CZĘŚĆ A

W<sub>2</sub> – wartość oferty - ramach kontraktu z NFZ - CZĘŚĆ B

W<sub>3</sub> – wartość oferty poza kontraktem NFZ - CZĘŚĆ C

- 4) Sposób obliczania wynagrodzenia za wykonane świadczenia zdrowotne CZĘŚĆ C (poza kontraktem z NFZ) wg wzoru

$$C \times n\% = W_s$$

C – cena procedury wg cennika Udzielającego zamówienia

n% - stawka procentowa wynikająca z umowy

W<sub>s</sub> – wycena świadczenia

- 5) Oferent może otrzymać maksymalnie 100 punktów.  
6) Dla potrzeb oceny ofert, Udzielający Zamówienia obliczy przyznane punkty z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.  
7) Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyskała największą liczbę punktów.  
8) Pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów.  
9) Z wybranym oferentem Udzielający Zamówienia może przeprowadzić negocjacje cenowe.

### **IX. Istotne dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy.**

Wzór umowy określający szczegółowe warunki, na których Udzielający Zamówienia zawrze umowę w sprawie udzielenia zamówienia stanowi **Załącznik nr 3 do Zaproszenia**.

Wszelkie zmiany i uzupełnienia do umowy mogą być dokonane za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności.

### **X. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Zaproszeniu 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.

**XI. Obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 RODO w przypadku zbierania danych osobowych bezpośrednio od osoby fizycznej, której dane dotyczą, w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego.**

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.
2. inspektorem ochrony danych osobowych w 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 ww. postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego;
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 5 lat, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
6. obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego;
7. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
8. 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;
9. nie przysługuje Pani/Panu:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, 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

**Załączniki:**

- 1) Szczegółowy opis świadczeń zdrowotnych/Formularz asortymentowo-cenowy - **załącznik nr 1,**
- 2) Formularz oferty - **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	
e-mail	

Składam ofertę na udzielenie **świadczeń zdrowotnych związanych z czynnościami technicznymi z zakresu protetyki** na rzecz Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie (nr ref. sprawy ZZ/15/20), składam ofertę i:

1. CZĘŚĆ A - cena jednostkowa: ..... zł brutto, słownie złotych: .....
2. CZĘŚĆ B - cena jednostkowa : ..... zł brutto, słownie złotych: .....
3. CZĘŚĆ C - ..... %
4. Zobowiązuję się do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności **technicznych z zakresu protetyki** zgodnie z warunkami określonymi w niniejszym Zaprośzeniu oraz po cenach określonych szczegółowo w Formularzu asortymentowo-cenowym/Opisie świadczeń zdrowotnych stanowiącym załącznik nr 1.

5. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Zaproszenia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam niezbędne informacje do przygotowania oferty.
6. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
7. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem.
8. Oświadczam, że wykonuję usługi w zakresie prac technicznych-protetycznych od ...../minimum 3 lata przed upływem terminu składania ofert/.
9. 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.
10. Udzielam gwarancji na wykonane prace na okres **24 miesięcy**.
11. Zobowiązuje się do zawarcia pisemnej umowy w terminie **30 dni** od daty rozstrzygnięcia postępowania.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

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)