

Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia

Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie przy ul. Abramowickiej 2, zawiadamia o zmianie ogłoszenia dotyczącego **KONKURSU OFERT na świadczenie usług w zakresie specjalistycznego postępowania poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze szpitalem w zakresie Załącznika nr 1 Formularz oferty:**

Jest:

6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonać powyższe świadczenia wg potrzeb Udzielającego zamówienie przez okres 3 lat począwszy od 09.02.2020 r.

Powinno być:

6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonać powyższe świadczenia wg potrzeb Udzielającego zamówienie przez okres 3 lat począwszy od 10.02.2023 r.

**ZATWIERDZAM
DYREKTOR
Szpitala Neuropsychiatrycznego
Samodzielnego Publicznego ZOZ**

Dr n. med. Piotr Dreher

Formularz Oferty

Nazwa Przyjmującego Zamówienie:.....

Adres*.....

tel.*.....

REGON*.....

NIP*.....

E-mail* na który Zamawiający ma przesłać korespondencję.....

Nr księgi rejestrowej potwierdzający wpis do rejestru
podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. Oferujemy realizację zamówienia:

w cenie brutto [**Kryterium Cena**] -.....w tym zw stawka podatku VAT(słownie cena brutto
.....)

W tym:

Lp.	Rodzaj Usługi (na podstawie umowy)	Szacunkowa liczba badań	Cena jednostkowa
1	Porada lekarska/konsultacja specjalisty chorób zakaźnych	45	
2	Wykonanie badań diagnostycznych w zależności od potrzeb:		
a)	Morfologia krwi pełna z analizatora	45	
b)	Morfologia krwi pełna z analizatora+ rozmaz manualny	45	
c)	Amylaza	45	
d)	Lipaza	45	
e)	Gamma- glutamylotransferaza (GGTP)	45	
f)	Aminotransferaza alaminowa (ALT)	45	
g)	Aminotransferaza asparginowa (AST)	45	
h)	Bilirubina całkowita	45	
i)	Fosfataza alkaliczna (ALP)	45	
j)	Glukoza	45	
k)	Kreatynina	45	
l)	Mocznik	45	
ł)	Sód	45	
m)	Potas	45	
3	Badania wirusologiczne osoby narażonej na zakażenie/materiału biologicznego pochodzącego od osoby będącej źródłem zakażenia, w zależności od potrzeb:		
a)	HIV antygen i przeciwciała (HIV DUO)	45	
b)	HBs antygen	45	
c)	HBs antygen z testem potwierdzenia (HBs-Ag)	45	
d)	HBs antygen – test ilościowy	45	

e)	Przeciwciała przeciw Hbs(anty- HBs)	45	
f)	Przeciwciała przeciw Hbc Total (anty-Hbc total)	45	
g)	Przeciwciała przeciw Hbc IgM	45	
h)	Hbc antygen (HBeAg)	45	
i)	Przeciwciała przeciw Hbe (anty-Hbe)	45	
j)	Przeciwciała przeciw HCV(anty-HCV)	45	
k)	Jakościowa ocena HCV-RNA	45	
l)	HCG (gonadotropina kosmówkowa)	45	
4	Podanie immunoglobuliny swoistej antyHBs	45	
5	Podanie szczepionki przeciw WZW typu B	45	
6	Profilaktyka poekspozycyjna zakażenia HIV – zastosowanie leków antyretrowirusowych	45	
7	Profilaktyka poekspozycyjna zakażenia HIV, WZW typu B, C * do 5 wizyt kontrolnych (ostatnia po 6 miesiącach od ekspozycji w przypadku narażenia na zakażenie HIV+HBV lub HIV+HCV) w terminach wyznaczonych obejmujących udzielenie porady z realizacją laboratoryjnych badań diagnostycznych (w zależności od potrzeb) i wydaniem zaleceń.	45	
Razem			

2.Kryterium jakość świadczeń:

Poniżej zaznaczyć właściwe

- Deklaruję czas rozpoczęcia konsultacji lekarskiej **do 1 godziny** od chwili zgłoszenia się pacjenta do miejsca wskazanego w ofercie do realizacji usługi w zakresie specjalistycznego postępowania poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze szpitalem
- Deklaruję czas rozpoczęcia konsultacji lekarskiej **do 2 godziny** od chwili zgłoszenia się pacjenta do miejsca wskazanego w ofercie do realizacji usługi w zakresie specjalistycznego postępowania poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze szpitalem

3. Kryterium kompleksowość świadczeń

Oświadczam, że nie będę korzystał z pomocy podwykonawców w czasie wykonywania umowy na świadczenie zdrowotne

Poniżej zaznaczyć właściwe:

- TAK**
- NIE**

4.Kryterium dostępność świadczeń

Poniżej zaznaczyć właściwe:

- Deklaruję świadczyć usługi w siedzibie Przyjmującego zamówienie usytuowanej na terenie miasta Lublin
- Deklaruję świadczyć usługi w siedzibie Przyjmującego zamówienie usytuowanej max 10 km od granic miasta Lublin

5. Kryterium ciągłość świadczeń

Poniżej zaznaczyć właściwe:

- Deklaruję świadczyć usługi przez 7 dni w tygodniu całodobowo wraz z możliwością hospitalizacji w siedzibie Przyjmującego zamówienie
- Deklaruję świadczyć usługi przez 7 dni w tygodniu całodobowo bez możliwości hospitalizacji w siedzibie Przyjmującego zamówienie

6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonać powyższe świadczenia wg potrzeb Udzielającego zamówienie przez okres 3 lat począwszy od 10.02.2023 r.

7. Świadczenia udzielane będą w

.....

(miejsce udzielania świadczeń)

8. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych.....

9. Osobą / osobami do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest / są:

..... tel. kontaktowy

e- mail.....

..... tel. kontaktowy

e- mail.....

10. Oświadczamy, że:

1) posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA FINANSÓW z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293 poz. 1728):

Nr polisy..... w.....

z minimalną sumą gwarancyjną wynoszącą..... zł w odniesieniu do jednego zdarzenia / dla wszystkich zdarzeń*

i zobowiązuje się kontynuować ubezpieczenia OC w zakresie prowadzonej działalności przez cały okres trwania umowy

2) uważam/y się za związanym niniejszą ofertą przez 30 dni od daty ustalonej jako termin składania ofert,

3) akceptuję w całości warunki określone w Materiałach informacyjnych, zapoznałam/em się z postanowieniami umowy i zobowiązuje się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą na warunkach określonych w Załączniku nr 2.

4) posiadam uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do udzielenia świadczeń zdrowotnych, znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej udzielenie świadczeń zdrowotnych

5) ofertę niniejszą składam nakolejno ponumerowanych stronach,

6) wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:

.....

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

.....

(czytelny podpis Przyjmującego zamówienie,
 lub parafka wraz z imienną pieczętką)