

Pieczęć firmowa

**SP ZOZ Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
Aleja Legionów 10
41-902 Bytom**

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wykonywania usług medycznych w zakresie **neurofizjologicznego monitoringu śródoperacyjnego** w trakcie zabiegów neurochirurgicznych dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu: NP/ŚZ/2/2020.

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

tel. fax.

REGON NIP

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

- Oferuję realizację przedmiotu zamówienia określonego w Zaproszeniu do złożenia oferty z dnia 4.06.2020 r. na: *"Wykonywanie usług medycznych w zakresie neurofizjologicznego monitoringu śródoperacyjnego dla potrzeb SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu"*.

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa usługi medycznej</i>	<i>Szacunkowa ilość badań</i>	<i>Cena jednostkowa brutto</i>	<i>Wartość brutto</i>
1.	Neurofizjologiczny monitoring śródoperacyjny - pierwsza usługa w danym miesiącu kalendarzowym	13		
2.	Neurofizjologiczny monitoring śródoperacyjny - druga usługa w tym samym miesiącu kalendarzowym	11		
3.	Neurofizjologiczny monitoring śródoperacyjny - trzecia usługa w tym samym miesiącu kalendarzowym	5		
4.	Neurofizjologiczny monitoring śródoperacyjny - czwarta usługa w tym samym miesiącu kalendarzowym	4		
5.	Neurofizjologiczny monitoring śródoperacyjny - druga usługa tego samego dnia roboczego	1		

6.	Specjalistyczna jednorazowa elektroda – stosowana w zakresie neurofizjologicznego monitoringu śródoperacyjnego rdzenia kręgowego z pomiarem fali (D-wave)	1		
Razem brutto:				

2. Wymagania stawiane Przyjmującemu zamówienie:

- Przyjmujący zamówienie dysponuje personelem o odpowiednich kwalifikacjach: tytuł specjalisty lub specjalizacji II^o z dziedziny neurologii lub neurochirurgii lub pielęgniarza/pielęgniarka lub ratownik medyczny posiadający udokumentowane doświadczenia w prowadzeniu neurofizjologicznego monitoringu śródoperacyjnego.
- Przyjmujący zamówienie posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na zasadach i w wysokościach nie niższych niż wynikające z Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019, poz. 866) oraz do utrzymania przez cały czas obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.
- Przyjmujący zamówienie posiada doświadczenie: wykonał min. 50 usług świadczeń zdrowotnych polegających na prowadzeniu neurofizjologicznego monitoringu śródoperacyjnego w trakcie zabiegów neurochirurgicznych w roku kalendarzowym poprzedzającym niniejsze zapytanie ofertowe.
- Przyjmujący zamówienie posiada min. 3 różne referencje (różnych co do miejsca świadczenia oraz rodzaju zabiegów) z roku poprzedzającego niniejsze zapytanie ofertowe, z potwierdzeniem iż usługa została zrealizowana terminowo, zgodnie z umową i z należytą starannością.

3. Nie dopuszcza się możliwości składania ofert cząstkowych na usługi.

4. Oświadczam, że usługi medyczne obejmować będą w szczególności: obsługę techniczną systemu, doradztwo Zespołowi Medycznemu w nastawach w czasie zabiegu, sporządzenie raportu z zabiegu dołączanego do historii choroby pacjenta.
5. Oświadczam, że zobowiązujemy się do dostarczenia wszelkiej aparatury medycznej niezbędnej do należytego wykonania usługi medycznej wraz z oprzyrządowaniem oraz jednorazowymi akcesoriami.
6. Oświadczam, że użyje do wykonania usług medycznych objętych przedmiotem zapytania ofertowego aparaturę i sprzęt medyczny o parametrach nie gorszych niż opisane poniżej:
- aparatura i sprzęt medyczny musi posiadać ważny paszport techniczny,
 - regularne przeglądy techniczne muszą się odbywać w odstępach nie rzadziej niż 12 miesięcy w celu zapewnienia bezpieczeństwa i jakości użytkowania,
 - gabaryty urządzenia w celu jak najmniejszego zajęcia powierzchni sali operacyjnej (umieszczenie na blacie stolika o wym. 50x80cm, ciężar maks. 18kg),
 - przewody przyłączeniowe o długości zapewniającej bezpieczny dystans do strefy sterylnej, przewody adapterów długość min. 4m,
 - stymulator prądowy musi być stałoprądowy o wydatku stymulacji zapewniającej bezpieczne i skuteczne wywołania potencjałów wywołanych (natężenie prądu stymulacji HC min. 220mA),
 - liczba wejściowych kanałów różnicowych i referencyjnych w ilości nie ograniczającym możliwości badania diagnostycznego (min. 16 kanałów wejściowych różnicowych i 8 kanałów referencyjnych),
 - interfejs użytkownika, komunikacji, raportowania w języku polskim w celu bezpiecznej weryfikacji w czasie użycia.

7. Oświadczam, że miejsce wykonywania ww. usług medycznych znajduje się pod adresem: przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego oraz wyrobów medycznych Przyjmującego zamówienie.
8. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.
9. Oświadczam, że zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia pisemnej umowy, w której uregulowane zostaną szczegółowe warunki współpracy.
10. Oświadczam, że dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia w zakresie neurofizjologicznego monitoringu śródoperacyjnego.
11. Oświadczam, że posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania ww. usług medycznych.
12. Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.
13. Oświadczam, że spełniam warunki określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, co do możliwości bezpiecznego przetwarzania danych osobowych.
14. Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:
 - 1) termin realizacji – 18 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego.
 - 2) forma i termin płatności faktur: przelew: 60 dni.
15. Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia.
16. Oświadczam, że zobowiązujemy się do poddania kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2019, poz. 1373 z późn. zm.) w zakresie wynikającym z umowy.
17. Oświadczam, że wyrażamy zgodę na przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji przedmiotu umowy.
18. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych przez Udzielającego Zamówienie dla potrzeb przeprowadzonego zapytania ofertowego. Jednocześnie oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o przysługującym nam prawie dostępu do treści naszych danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

Wykaz złożonych dokumentów:

- 1) Wykaz pracowników – zał. nr 2 do Zapytania ofertowego
- 2) Polisa OC
- 3) Zaświadczenie wykonania min. 50 usług
- 4) Referencje

.....
Podpis osoby upoważnionej