



Włodawa, 19.02.2020r.

## **ZAPROSZENIE**

**Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie zaprasza do składania ofert na całodobowe zabezpieczenie dostępu do specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego oraz podstawowego zespołu ratownictwa medycznego.**

### **I. Opis przedmiotu zamówienia**

1) Całodobowe zabezpieczenie dostępu do specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego. W skład zespołu wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny. Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. W skład zespołu wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołu ratownictwa medycznego nie spełnia warunków o których mowa w art. 106 ust.1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011r. o kierujących pojazdami ( Dz. U. 2019 poz. 341)

2) Całodobowe zabezpieczanie dostępu do podstawowego zespołu ratownictwa medycznego w skład którego wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny.

3) W ramach usługi wykonawca zapewnia:

a) odbiór pacjenta od Zamawiającego, przewóz i przekazanie pacjenta do właściwego podmiotu leczniczego zgodnie ze zleceniem transportu

b) w zależności od potrzeb- przeniesienie pacjenta na noszach z/do ambulansu sanitarnego, Wykonawca ma obowiązek odebrać pacjenta z miejsca wskazanego przez Zamawiającego (oddział szpitalny, pracownia diagnostyczna)

c) opiekę medyczną nad pacjentem w czasie transportu.

4) W przypadku braku możliwości realizacji transportu medycznego przez karetkę asekuracyjną NFZ, zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 15 lutego 2019 r., zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Zamawiający zleci wykonanie transportu Wykonawcy, który wykona usługę zgodnie z powyższym Rozporządzeniem, w szczególności w składzie osobowym oraz rodzajem karetki zgodnym z wymaganiami medycznymi (karetka w klasie C, typu S- Specjalistyczna z lekarzem, LUB karetka w klasie B, typu P- Podstawowa, w składzie ratowniczym). Transporty zlecone jako usługa określona w niniejszym paragrafie Oferent zobowiązuje się oznaczyć i opisać dodatkowo na zleceniu transportu, a Wykonawca wyodrębnić je i wystawić na nie odrębną pozycję na fakturze.

Podane w formularzy cenowym ilości godzin i kilometrów służą do przeliczenia wielkości przedmiotu zamówienia.

### **II. Warunki udziału w nostenowaniu.**

## **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie**

Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa

tel. 82 572 58 01, Fax: 82 572 41 70

NIP: 565-13-37-789 REGON: 110197664

sekretariat@spzoz.wlodawa.pl / www.spzoz.wlodawa.pl

- 1) Znajdują się w sytuacji ekonomicznej lub finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia.
- 2) Posiada uprawnienia do wykonywania opisanej w zaproszeniu usługi.
- 3) Dysponuje personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych.
- 4) Dysponuje odpowiednimi środkami transportu zgodnie z wymaganiami opisanymi w pkt. III.
- 5) Jest objęty ubezpieczeniem OC od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania tych świadczeń, w których następstwie została wyrządzona szkoda. Ubezpieczenie OC ma obejmować wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa wyżej bez możliwości umownego ograniczenia przez zakład ubezpieczeń wypłaty odszkodowań. Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień, od którego Przyjmujący Zamówienia na świadczenia zdrowotne obowiązany jest na podstawie umowy o udzielenie zamówienia, do udzielania świadczeń zdrowotnych. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC ma być zgodna z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
- 6) Oferta musi być podpisana przez Wykonawcę. Oferta winna być podpisana zgodnie z zasadami reprezentacji wskazanymi we właściwym rejestrze. Jeżeli osoba/osoby podpisujące ofertę działa na podstawie pełnomocnictwa, to pełnomocnictwo to musi w swej treści wyraźnie wskazywać uprawnieni do podpisania oferty. Pełnomocnictwo złożone ma być jako część oferty w oryginale bądź kopii poświadczonej notarialnie.

### **III. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty**

- 1) Dokument potwierdzający uprawnienie osoby, która podpisała ofertę, do składania oświadczeń woli (np. KRS, Pełnomocnictwo). Pełnomocnictwo ma być złożone jako część ofert w oryginale bądź kopii poświadczonej notarialnie ( w przypadku składania oferty za pośrednictwem poczty elektronicznej lub faksu, Wykonawca, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza składa Zamawiającemu oryginał pełnomocnictwa lub jego notarialnie poświadczoną kopię przed podpisaniem umowy)
- 2) Wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Oryginał lub poświadczona za zgodność z oryginałem kopia.
- 3) Imię i nazwisko, adres oraz numer właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu – w odniesieniu do osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny , która dysponuje lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej oraz spełnia warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.
- 4) Poświadczona kopią polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej prowadzonej działalności- polisa ubezpieczeniowa winna być ważna w okresie realizacji umowy. Jeżeli okres ubezpieczenia wynikający z zawartej umowy ubezpieczeniowej jest inny niż termin realizacji zamówienia Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej, tak aby zapewnić jej ciągłość w okresie realizacji zamówienia. Umowa





## **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie**

Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa

tel. 82 572 58 01, Fax: 82 572 41 70

NIP: 565-13-37-789 REGON: 110197664

sekretariat@spzoz.wlodawa.pl / www.spzoz.wlodawa.pl



ubezpieczeniowej lub polisy winno wynikać, że obejmuje swoim zakresem usługi realizowane na rzecz innych podmiotów leczniczych przez Przyjmującego zamówienie. W przypadku zmiany Rozporządzenia regulującego wysokość ubezpieczenia Przyjmujący zamówienie na obowiązek do ubezpieczyć się, zgodnie z aktualnymi przepisami (Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą).

5) Oświadczenie o posiadaniu zezwolenia MSWiA na używanie sygnałów świetlnych i dźwiękowych – jeżeli nie wynika z innych uregulowań prawnych.

6) Oświadczenie o posiadaniu opinii Sanepidu w zakresie dopuszczenia pojazdów do transportu sanitarnego

7) Oświadczenie o posiadaniu Certyfikatu zgodności z Polską Normą PN-EN 1789+A2:2015 01 wersja polska „Pojazdy mechaniczne i ich wyposażenie- ambulanse drogowe”.

8) Wypełniony formularz oferty- załącznik nr 1 do Zaproszenia

9) Formularz cenowy- załącznik nr 2 do Zaproszenia

10) Wykaz samochodów, które będą wykorzystane do świadczenia usługi transportu sanitarnego z kserokopią dowodów rejestracyjnych i opłaconych polis OC i NW wraz z oświadczeniem, iż wskazane samochody są przeznaczone do przewozu pacjentów, oraz są wyposażone w sygnalizację świetlno- dźwiękową dla pojazdów uprzywilejowanych w związku z ratowaniem życia lub zdrowia ludzkiego, środki łączności oraz aparaturę medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa- załącznik nr 3 do Zaproszenia.

11) Wykaz personelu wykonującego usługi objęte konkursem- załącznik nr 4 do Zaproszenia  
Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje, o których mowa powyżej uważa się za wniesione z chwilą, gdy doszły one do Zamawiającego w taki sposób, że mógł się on zapoznać z ich treścią.

**IV Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się najniższą ceną.**

**V Termin i warunki wykonania umowy**

1) Termin obowiązywania umowy wynosi 12 miesięcy od daty zawarcia umowy

2) Pozostałe istotne postanowienia umowy zawarte w projekcie umowy, stanowiącej załącznik nr 5 do niniejszego zaproszenia

**VI. Informacje dodatkowe**

1) Zamawiający odrzuca ofertę Wykonawcy, która nie zawiera wymaganych przez Zamawiającego oświadczeń, dokumentów lub pełnomocnictw, albo która zawiera oświadczenia i dokumenty zawierające błędy lub wadliwe pełnomocnictwa, z zastrzeżeniem ust.2.

2) w przypadku nie złożenia oświadczeń, dokumentów lub pełnomocnictw (nie dotyczy formularza ofertowego i formularza cenowego) lub złożenia oświadczeń, dokumentów zawierających błędy lub wadliwe pełnomocnictwa, Zamawiający wezwie Wykonawcę do uzupełnienia oferty, wyznaczając mu termin na uzupełnienie. Nieuzupełnienie oferty w wyznaczonym terminie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

3) Zamawiający w toku badania i oceny oferty może żądać od Wykonawcy wyjaśnień dotyczących



**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie**

Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa

tel. 82 572 58 01, Fax: 82 572 41 70

NIP: 565-13-37-789 REGON: 110197664

sekretariat@spzoz.wlodawa.pl / www.spzoz.wlodawa.pl

**4) Zamawiający poprawia w ofercie:**

**a) oczywiste omyłki pisarskie;**

**b) oczywiste omyłki rachunkowe, z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonywanych poprawek,**

**c) inne omyłki polegające na niezgodności oferty z zaproszeniem do złożenia oferty niepowodujące istotnych zmian w treści oferty- niezwłocznie zawiadamiając o tym Wykonawcę, którego oferta została poprawiona.**

**5) Każdy dokument składający się na ofertę musi być czytelny.**

**6) Oferta musi być sporządzona w języku polskim pismem maszynowym, komputerowym albo ręcznie.**

**7) Każdy Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę na jedną część zamówienia. Złożenie przez danego Wykonawcę więcej niż jednej oferty, spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez Wykonawcę**

**8) Postępowanie będzie prowadzone z zachowaniem formy pisemnej, faksu na numer (82)5724170 lub w formie elektronicznej na adres poczty:**

**9) Termin rozstrzygnięcia postępowania : do 30 dni od upływu terminu składania ofert. W uzasadnionych przypadkach Zamawiający może przesunąć termin rozstrzygnięcia postępowania.**

**VII Sposób oraz termin i miejsce składania ofert**

**1. Oferty należy składać do dnia 26 lutego 2020r. do godz. 12.00 w sposób:**

Osobiście, korespondencyjnie w siedzibie Zamawiającego (w sekretariacie Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej, al. J. Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa), lub przesłanie faxem podpisanej dokumentacji na numer (82) 5724170, lub pocztą elektroniczną na adres: (skan podpisanych dokumentów)

Za dzień złożenia ofert uznaje się datę wpływu ofert do Zamawiającego.

**2. Zamawiający zastrzega sobie prawo przesunięcia terminu składania ofert.**

**3. Termin związania z ofertą wynosi 30 dni od upływu składania ofert.**

**4. Zamawiającemu przysługuje prawo zmiany warunków postępowania, odwołania bądź jego zamknięcia bez wybrania którejkolwiek ofert.**

**VIII. Osoba uprawnioną do kontaktu w sprawie niniejszego postępowania jest:**

**IX. Formalności jakie zostaną dopełnione po wyborze Wykonawcy**

**1. Protokół z wyboru wykonawcy zostanie przesłany na wskazane w ofercie adresy e-mail oraz zamieszczony na stronie internetowej Zamawiającego.**

**2. Wykonawca, który złożył ofertę najkorzystniejszą będzie zobowiązany do podpisania umowy wg. Wzoru przedstawionego przez Zamawiającego i na określonych w nim warunkach. Umowa zostanie zawarta w formie pisemnej.**

**W załączeniu:**

Załącznik nr 1- Formularz ofertowy

Załącznik nr 2- Formularz cenowy

Załącznik nr 3- Wykaz pojazdów

Załącznik nr 4- Wykaz personelu

Załącznik nr 5- Projekt umowy

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
we Włodawie