



**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Lubartowie**

ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów  
tel. 81 855 28 07, fax. 81 855 28 76, [sekretariat@spzoz-lubartow.pl](mailto:sekretariat@spzoz-lubartow.pl)

Lubartów, dnia 8 lutego 2022 r.

**Zapytanie ofertowe nr ZP/5/2022**

**ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ**

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 i 4 a ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (tj. z dnia 16 marca 2021 r. Dz.U. 2021 r. poz. 711 z późn. zm.) Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zaprasza do złożenia oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Izby Przyjęć w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie przez podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osobę legitymującą się posiadaniem wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Izby Przyjęć**

**w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie w ramach dyżuru  
w dni robocze w godzinach od 15.00 do 7:25 dnia następnego oraz całodobowo  
w soboty, niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy**

- 1. Termin realizacji zamówienia – od 1 MARCA 2022 r. do 31 MARCA 2022 r.**
- 2. Termin i miejsce składania ofert:** oferty należy złożyć do dnia **14 lutego 2022 r. do godz. 13.00** w Sekretariacie Dyrekcji w SPZOZ w Lubartowie przy ul. Cichej 14 w Lubartowie (**liczy się data wpływu w Sekretariacie Dyrekcji SPZOZ w Lubartowie**).
- 3. Opis przedmiotu zamówienia** znajduje się w specyfikacji, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego.
- 4. Wyłoniony Wykonawca** zobowiązany będzie do:
  - posiadania aktualnego i opłaconego ubezpieczenia w zakresie OC, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i utrzymywaniem go przez okres obowiązywania umowy,
  - Wykonawca gwarantuje, że posiada aktualnie zawartą umowę z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, a tym samym prawo do orzekania o czasowej niezdolności do pracy.
  - poddania się kontroli przez Lubelski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy,
  - podpisania umowy zgodnej z wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego zaproszenia.
- 5.** Jednocześnie informujemy, iż zapłata wynagrodzenia za realizację zamówienia będzie dokonywana w terminie 21 dni od daty otrzymania faktury. Zapłata nastąpi w formie przelewu na rachunek bankowy wskazany w treści faktury.
- 6.** Zamawiający porówna oferty i wymagane dokumenty złożone przez Oferentów i udzieli zamówienia, temu który spełni kryteria jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz zaoferuje najniższą cenę (brutto) za udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- 7. PRZYGOTOWANIE OFERTY**
  - 1) Wykonawca składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w zaproszeniu do składania ofert, na formularzu udostępnionym przez Zamawiającego.
  - 2) Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
  - 3) Oferta powinna zawierać wszelkie dokumenty i załączniki wymagane w zaproszeniu do składania ofert.
  - 4) Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
  - 5) Oferta składana jest przez Wykonawcę wyłącznie w formie pisemnej.

- 6) Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim.
- 7) Wszystkie dokumenty składające się na ofertę, muszą być podpisane przez Wykonawcę lub osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy. Za podpisanie uznaje się własnoręczny podpis z pieczęcią imienną przez osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentowania zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestrowym lub innym dokumencie - pełnomocnictwie.
- 8) Poprawki lub zmiany w ofercie, muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę(-y) podpisującą(-e) ofertę.
- 9) Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentów w przypadku gdy załączona do oferty kopia zostanie uznana przez Zamawiającego za nieczytelną lub budzącą wątpliwości co do jej prawdziwości. We wszystkich przypadkach gdzie jest mowa o pieczętkach, Zamawiający dopuszcza złożenie czytelnego zapisu o treści pieczętki, np. nazwa (firma), siedziba lub czytelny podpis w przypadku pieczęci imiennej.
- 10) Wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Zamawiającego o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
- 11) Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

#### **8. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT**

- 1) Pisemną ofertę należy złożyć w trwale zamkniętym opakowaniu (np. kopercie), uniemożliwiającym otwarcie i zapoznanie się z treścią oferty przed upływem terminu składania i otwarcia ofert, opatrzonym napisem:

**„Oferta do zapytania ofertowego nr ZP/5/2022**

**Zadanie nr .....**

**nie otwierać przed dniem 14.02.2022 r. godziną 13:15”**

- 2) Ofertę należy złożyć lub przesłać do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, na adres: ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów, w terminie do dnia 14.02.2022 r. do godziny 13:00 (liczy się data i godzina wpływu).
  - 3) Oferta złożona po upływie wskazanego w ust. 2 powyżej terminie nie będzie rozpatrywana i zostanie niezwłocznie zwrócona Wykonawcy.
  - 4) Otwarcie ofert jest jawne i nastąpi w dniu składania ofert o godz. 13:15 w siedzibie Zamawiającego tj. w sali konferencyjnej.
  - 5) Niezwłocznie po otwarciu ofert – oferty rozpatrywane będą przez komisję powołaną przez Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie.
9. Do bezpośredniego kontaktowania się z Oferentami ze strony Zamawiającego uprawniona jest Kierownik Działu Organizacyjnego – Dorota Ogrodowska, nr tel. 81 855 20 41 wew. 290.

#### **10. Załączniki:**

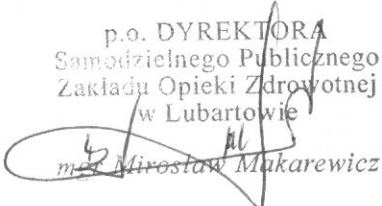
**Załącznik nr 1** - Specyfikacja

**Załącznik nr 2** - Formularz ofertowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

**Załącznik nr 3** - Umowa – wzór na udzielanie świadczeń zdrowotnych

**Załącznik nr 4** - Klauzula informacyjna z art. 13 RODO

**Załącznik nr 5** - Zgoda/wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych

p.o. DYREKTORA  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Lubartowie  
  
m. Mirosław Makarewicz