

Świnoujście, 07 grudnia 2016 r.

OL.242.72.8321.TK.2016

ZAPROSZENIE do złożenia oferty na wykonanie zamówienia

1. Gmina Miasto Świnoujście ul. Wojska Polskiego 1/5, 72-600 Świnoujście (NIP: 855-15-71-375), której zadania realizuje - **Zakład Gospodarki Mieszkaniowej ul. Wyspiańskiego 35 C w Świnoujściu**

tel.: **91-321-22-80,**

fax. **91-321-05-08**

zaprasza do złożenia oferty na:

Świadczenie na rzecz Zakładu Gospodarki Mieszkaniowej w Świnoujściu usługi w zakresie opieki zdrowotnej oraz usługi medycznej wynikającej z obowiązku pracodawcy dotyczącym profilaktyki i ochrony zdrowia pracownika

2. Zakres usługi został opisany w załączniku nr 1 do zaproszenia:

3. Do oferty należy dołączyć:

- 1) aktualny na dzień składania ofert wyciąg z właściwego rejestru lub zaświadczenie o zgłoszeniu do ewidencji działalności gospodarczej - wystawione nie wcześniej niż *6 miesięcy* przed upływem terminu składania ofert;
- 2) **oświadczenie** potwierdzające dysponowanie osobami posiadającymi odpowiadające specyfice usługi uprawnienia w zakresie objętym zaproszeniem oraz posiadającymi, co najmniej **2 - letnią** praktykę zawodową w świadczeniu tego typu usług;
- 3) aktualna Polisa OC lub inny dokument potwierdzający posiadanie stosownego ubezpieczenia w zakresie zdarzeń medycznych na kwotę nie mniejszą niż *60 tys. zł.*;
- 4) miejsce świadczenia usług medycznych oraz dni i godziny przyjęć lekarzy specjalistów.

4. Termin świadczenia usługi:

Od *02/01/2017* do *31/12/2019*.

5. Oferta powinna:

- 1) zawierać cenę jednostkowa za poszczególne usługi wskazane w formularzu ofertowym.

6. Zamawiający dokona wyboru z pośród złożonych ofert wg. poniższej zasady:

1. Suma cen jednostkowych brutto podzielona przez 18 działów medycyny stanowi wartość złożonej oferty.
2. Oferta z najniższą ceną otrzyma 100 pkt, pozostałe oferty będą oceniane wg. poniższego wzoru:

$$C_{zo} = \frac{C_{\min}}{C_o} \times 100$$

C_{zo} – ilość otrzymanych punktów;

C_{\min} – najniższa cena spośród ofert nieodrzuconych;

C_o – cena oferty badanej.

7. Ofertę należy złożyć z dopiskiem:

„Świadczenie usługi w zakresie medycyny pracy dla ZGM-u w Świnoujściu”

w sekretariacie ZGM pokój 219 lub przesłać na adres:

Zakład Gospodarki Mieszkaniowej

ul. Wyspiańskiego 35 C

72-600 ŚWINOUJŚCIE

Termin składania ofert do dnia **15/12/2016 r.** do godz. **12³⁰** w sekretariacie ZGM pokój nr **219**.

Termin otwarcia ofert dnia **15/12/2016 r.** o godz. **14³⁰** w siedzibie Zamawiającego pok. **227**.

8. Uprawniony do kontaktu z oferentami:

- *Pani Karolina Bramowicz* tel. **91 321-26-31 wew. 56**, w godz. **08⁰⁰ - 14⁰⁰**,
kbramowicz@zgm.swinoujscie.pl.

DYREKTOR

ZGM w Świnoujściu

Oryginał podpisu w dokumentacji

mgr inż. Artur Ćwik

Załącznik nr 1 do zaproszenia OL.242.72.TK.2016

Szczegółowe wymagania dla usługi w zakresie Medycyny Pracy:

1. Zleceniobiorca zobowiąże się zapewnić przeprowadzanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przez uprawnione osoby wykonujące zawód lekarza medycyny pracy, działające z należytą starannością wynikającą z zawodowego charakteru świadczonych usług, zgodnie z ich najlepszą wiedzą i posiadanymi kwalifikacjami.
2. Zakres i częstotliwość badań określi na podstawie wskazówek metodycznych lekarz prowadzący badania, który może także rozszerzyć zakres badań w przypadku stwierdzenia, iż jest to niezbędne dla prawidłowej oceny stanu zdrowia pracowników Zleceniodawcy.
3. Badania wstępne, okresowe kontrolne będą przeprowadzane na podstawie pisemnych skierowań odpowiadających wymogom wynikających z obowiązujących przepisów prawa wystawionych przez Zleceniodawcę odrębnie dla każdego pracownika i podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentowania Zleceniodawcy.
4. Zaświadczenie o stanie zdrowia pracowników Zleceniodawcy Zleceniobiorca będzie przekazywał badanym pracownikom.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej skierowanych do niego pracowników Zleceniobiorcy zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. Zleceniodawca zobowiązuje się do przekazywania Zleceniobiorcy informacji o występowaniu u Zleceniodawcy czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań i pomiarów tych czynników.
7. W zakresie wykonywania postanowień przedmiotowej umowy Zleceniobiorca poddaje się kontroli Zleceniodawcy.

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

na: Świadczenie na rzecz Zakładu Gospodarki Mieszkaniowej w Świnoujściu usługi w zakresie opieki zdrowotnej oraz usługi medycznej wynikającej z obowiązku pracodawcy dotyczącym profilaktyki i ochrony zdrowia pracownika

Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa:

Siedziba:

Województwo:

Nr tel.:nr fax-u:

Nr tel. komórkowego:

Adres: e-mailowy:@.....

NIP: REGON:

Osoba upoważniona do podpisania umowy:.....

Dane dotyczące Zamawiającego:

**Gmina Miasto Świnoujście
ul. Wojska Polskiego 1/5
72-600 Świnoujście
której zadania realizuje
**Zakład Gospodarki Mieszkaniowej
ul. Wyspiańskiego 35 C,
72 – 600 Świnoujście****

I. Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot zamówienia na następujących warunkach:

1. Wartość jednostkowa usługi:

LP	DZIAŁ MEDYCZYNY PRACY	Cena jedn. netto	Stawka VAT	Wartość VAT	Cena jedn. brutto
1	Pakiet badań podstawowy (obejmuje: badanie lekarskie, laboratoryjne badania diagnostyczne, zdjęcie rtg klatki piersiowej)				
2	Pakiet badań z konsultacją specjalistyczną (obejmuje: badanie lekarskie, laboratoryjne badania)				

	<i>diagnostyczne, zdjęcie rtg klatki piersiowej, jedno dodatkowe badanie lekarza specjalisty - okulisty, neurologa lub laryngologa)</i>				
3	Badanie lekarskie z wydaniem zaświadczenia: wstępne, okresowe, kontrolne				
4	Aktualizacja książeczki badań do celów sanitarno - epidemiologicznych				
5	Badanie lekarskie kierowców z wydaniem zaświadczenia o zdolności do pracy - wstępne, okresowe, kontrolne				
6	OB.				
7	Morfologia				
8	Badanie ogólne moczu				
9	Glukoza we krwi				
10	Zdjęcie rtg klatki piersiowej				
11	Spirometria				
12	Badanie EKG z opisem				
13	Badanie laryngologiczne (z audiometrem)				
14	Badanie okulistyczne				
15	Badanie neurologiczne				
16	Badanie psychologiczne osób pracujących na stanowisku kierowcy, kierowcy pojazdów uprzywilejowanych i kandydatów na kierowców				
17	Badanie psychologiczne osób kierujących pojazdami w celach służbowych (test wrażliwości na olśnienie oraz widzenie zmierzchowe				
18	Badanie psychologiczne operatorów maszyn transportu bliskiego i innych, od których wymaga się szczególnej sprawności psychoruchowej				
Razem					

II. Oświadczenia Wykonawcy:

1. **oświadczam/y**, że zapoznałem/liśmy się z warunkami przystąpienia do zamówienia określonymi w zaproszeniu oraz że uzyskałem/liśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty;
2. **oświadczam/my**, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego;
3. **oświadczam/my**, że zapoznałem/liśmy się z projektem umowy i nie wnoszę/simy w stosunku do niego żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszę/szemy umowę, której projekt stanowi załącznik nr 3 do zaproszenia
4. **oświadczam/my**, że jesteśmy ubezpieczeni w zakresie świadczeń medycznych na kwotę:
5. **oświadczam/my**, że umowę wykonamy w okresie od **02/01/2017** do **31/12/2019** r..
6. zamówienie **wykonam/my** własnymi siłami /powierzę/my podwykonawcom/
7. oświadczam/ my że miejscem świadczenia usługi położone jest w Świnoujściu przy ul.:..... nr gabinetu:, badania laboratoryjne: Świnoujściu przy ul.:..... nr gabinetu:
8. Świadczenia będę/dziemy wykonywał/li w dniach: od *poniedziałku* do *piątku* w godzinach:

III. Załączam/my dokumenty:

- 1) aktualny na dzień składania ofert wyciąg z właściwego rejestru lub zaświadczenie o zgłoszeniu do ewidencji działalności gospodarczej - wystawione nie wcześniej niż *6 miesięcy* przed upływem terminu składania ofert;
- 2) **oświadczenie** potwierdzające dysponowanie osobami posiadającymi odpowiadające specyfice usługi uprawnienia w zakresie objętym zaproszeniem oraz posiadającymi, co najmniej **2 - letnią** praktykę zawodową w świadczeniu tego typu usług;
- 3) aktualna Polise OC lub inny dokument potwierdzający posiadanie stosownego ubezpieczenia w zakresie zdarzeń medycznych na kwotę nie mniejszą niż *60 tys. zł.*;

IV. Inne informacje Wykonawcy:

.....
.....

Podpis Wykonawcy:

.....
/imię i nazwisko, nazwa firmy/

U M O W A nr „PROJEKT”

zawarta w dniu w Świnoujściu pomiędzy:

Gminą Miasto Świnoujście, ul. Wojska Polskiego 1/5, 72 - 600 Świnoujście (NIP: 855-15-71-375)

zwaną dalej „Zleceniodawcą”,

której zadania w zakresie objętym umową wykonuje **Zakład Gospodarki Mieszkaniowej w Świnoujściu, ul. Wyspiańskiego 35 C, 72 - 600 Świnoujście**, reprezentowaną przez **Dyrektora Zakładu Gospodarki Mieszkaniowej w Świnoujściu mgr inż. Artura Ćwika** na mocy pełnomocnictwa z dnia 25 listopada 2011 r. udzielonego przez **Prezydenta Miasta Świnoujście**,

a
zwanym dalej „Zleceniobiorcą”

w wyniku *zaproszenia* przeprowadzonego w dniu/2016 r.,
zawarto umowę o następującej treści:

§ 1

1. Zleceniodawca zleca Zleceniobiorcy opiekę zdrowotną oraz usługi medyczne w zakresie wynikającym z obowiązków pracodawcy dotyczących profilaktyki i ochrony zdrowia pracowników, a Zleceniobiorca w ramach przedmiotowego zlecenia zobowiązuje się do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami Zleceniodawcy polegającej na prowadzeniu wstępnych, okresowych i kontrolnych badań lekarskich tych pracowników.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się zapewnić przeprowadzanie badań, o których mowa w ust.1, przez uprawnione osoby wykonujące zawód lekarza medycyny pracy, działające z należytą starannością wynikające z zawodowego charakteru świadczonych usług, zgodnie z ich najlepszą wiedzą i posiadanymi kwalifikacjami.
3. Zakres i częstotliwość badań określi na podstawie wskazówek medycznych lekarz prowadzący badania, który może także rozszerzyć zakres badań w przypadku stwierdzenia, iż jest to niezbędne dla prawidłowej oceny stanu zdrowia pracowników Zleceniodawcy.

§ 2

1. Badania, o których mowa w § 1, będą przeprowadzane na podstawie pisemnych skierowań odpowiadających wymogom wynikającym z obowiązujących przepisów prawa, wystawianych przez Zleceniodawcę odrębnie dla każdego pacjenta i podpisanych przez osobę uprawnioną do reprezentowania Zleceniodawcy.
2. Zleceniobiorca oświadcza, że:
 - 1) badania pracowników Zleceniodawcy wykonywane będą w prowadzonej przez Zleceniobiorcę Poradni Medycyny Pracy przy ul. w Świnoujściu (rejestracja telefoniczna czynna od poniedziałku do piątku w godzinach od pod numerem telefonu 91-.....),
 - 2) badania laboratoryjne pracowników Zleceniodawcy wykonywane będą w laboratorium Zleceniodawcy znajdującym się na budynku, pokój przy ul. w Świnoujściu od poniedziałku do piątku, w godzinach: -

- 3) inne (np. badania okulistyczne pracowników Zleceniodawcy wykonywane będą w Gabinetzie okulistycznym przy ul. _____ w Świnoujściu, po telefonicznej rejestracji pod numerem telefonu – _____ itp.)

§ 3

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia pracowników Zleceniodawcy Zleceniobiorca będzie przekazywał pracownikom.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej skierowanych do niego pracowników Zleceniodawcy zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 4

Zleceniodawca zobowiązuje się do przekazywania Zleceniobiorcy informacji o występowaniu u Zleceniodawcy czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań i pomiarów tych czynników.

§ 5

1. Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Zleceniobiorcy wynagrodzenia z tytułu świadczenia usług objętych niniejszą umową obliczonego od każdego pracownika Zleceniodawcy, któremu wykonano badania lub w stosunku, do którego wydano orzeczenie o stanie zdrowia, według faktycznej ilości i rodzajów udzielonych porad lekarskich i badań diagnostycznych, przy zachowaniu cen jednostkowych wynikających z Cennika Usług Medycznych Zleceniobiorcy stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
2. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo zmiany cennika w przypadku wzrostu kosztów wykonywanych świadczeń.
3. Każdorazowa zmiana cennika wymaga wprowadzenia zmian do umowy w formie aneksu.
4. W ramach obowiązującej umowy Strony ustalają następujące rabaty miesięczne:
 - 1) 5% od kwoty rachunku powyżej 500,00 zł
 - 2) 10% od kwoty rachunku powyżej 1 200,00 zł
 - 3) 15% od kwoty rachunku powyżej 2 500,00 zł i więcej

§ 6

1. Wynagrodzenie, o którym mowa w § 5, będzie płatne w stosunku miesięcznym na podstawie wystawionej przez Zleceniobiorcę - w terminie 7 dni po zakończeniu każdego miesiąca - faktury VAT.
2. Strony ustalają, iż wartość umowy w okresie jej obowiązywania nie przekroczy kwoty: (słownie:) netto, powiększoną o należny % podatek VAT w wysokości: (słownie:), co stanowi wartość brutto: (słownie:).
3. Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty należności objętych fakturą w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury na rachunek Zleceniobiorcy wskazany na fakturze.
4. Zleceniodawca upoważnia Zleceniobiorcę do wystawienia faktur VAT bez podpisu Zleceniodawcy.

§ 7

1. Strony zgodnie ustalają, że wykonywanie świadczeń objętych umową, w szczególności badań diagnostycznych i specjalistycznych, konsultacji lekarskich, Zleceniobiorca może powierzyć innemu uprawnionemu do ich wykonywania podmiotowi.
2. Koszt świadczeń określonych w ust. 1 obciąża Zleceniobiorcę.

§ 8

1. Umowa została zawarta na czas określony od 02.01.2017 r. do 31.12.2019 r. lub do wyczerpania kwoty określonej w § 6 pkt 2 w zależności, które zdarzenie nastąpi pierwsze.
2. Umowa może zostać rozwiązana:
 - 1) w każdym terminie - na podstawie porozumienia stron,
 - 2) za jednomiesięcznym wypowiedzeniem, ze skutkiem na koniec miesiąca- przez każdą ze stron z ważnych przyczyn,
 - 3) w trybie natychmiastowym, bez wypowiedzenia:
 - a) przez Zleceniodawcę - w przypadku stwierdzenia istotnych uchybień dotyczących trybu, zakresu i jakości udzielanych przez Zleceniobiorcę świadczeń zdrowotnych objętych umową,
 - b) przez Zleceniobiorcę - w przypadku nie uiszczenia przez Zleceniodawcę należności za dwa pełne okresy płatności.
 - c) przez Zleceniobiorcę – w przypadku, gdy Zleceniobiorca zakończy działalność leczniczą z zakresu medycyny pracy lub nie będzie dysponował lekarzami specjalistami w zakresie medycyny pracy.

§ 9

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy dotyczące profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami.

§ 11

Spory powstałe w związku z przedmiotową umową strony poddają rozstrzygnięciu sądów miejscowo właściwych dla Zleceniobiorcy.

§ 12

1. Zleceniodawca, jako administrator danych powierza Zleceniobiorcy przetwarzanie danych osobowych Pacjentów, tylko i wyłącznie w celu poprawnego wykonywania Umowy zawartej ze Zleceniobiorcą.
2. Zleceniobiorca jest odpowiedzialny za profesjonalną ochronę przekazanych mu danych, w tym do przestrzegania przepisów Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych oraz przepisów wykonawczych tej ustawy, a w szczególności do zabezpieczenia danych przed kradzieżą i dostępem osób trzecich oraz rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych.

§ 13

1. Umowa sporządzona została w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Zleceniodawcy, jeden dla Zleceniobiorcy.
2. Integralną część umowy stanowi:
 1. Załącznik nr 1 – zaproszenie z załącznikami;
 2. Załącznik nr 2 – oferta Wykonawcy z dnia

3. Załącznik nr 3 - Cennik Usług Medycznych Zleceniobiorcy;

ZLECENIBIORCA

ZLECENIODAWCA