Nowy Sącz 14.12.2018 r.

**ROZEZNANIE RYNKU**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PRAXIS Spółka z o. o. w ramach procedury rozeznania rynku zwraca się z prośbą o przedstawienie wstępnej oferty **wykonanie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych** w ramach *projektu: „Dzienny Dom Opieki Medycznej Akademia pełni życia” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego. Oś priorytetowa: IX. Region spójny społecznie. Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu E. Rozwój opieki długoterminowej.*

**UWAGA!**

**Niniejsza informacja nie stanowi oferty w myśl art. 66 Kodeksu Cywilnego, jak również nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy Prawo Zamówień Publicznych. Informacja ta ma na celu wyłącznie rozpoznanie rynku i uzyskanie wiedzy na temat ceny rynkowej przedmiotu zamówienia. Postępowanie jest realizowane zgodnie z procedurą rozeznania rynku określoną w Wytycznych w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014-2020.**

**I ZAMAWIAJĄCY:**

„PRAXIS” Spółka z o. o. ul. św. Heleny 30B 33-300 Nowy Sącz

NIP: 734-26-98-094 Regon: 491980601

e-mail: [i](mailto:olech@onet.pl)nfo@nzoz-praxis.pl http://nzoz-praxis.pl

**II OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Przedmiotem zamówienia jest: **Wykonywanie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych** w okresie od dnia zawarcia umowy w wykonawcą do 30 września 2020 r. na zlecenie Zamawiającego – częstotliwości i liczba zleconych badań będzie uzależniona będzie od bieżących potrzeb pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej (łącznie ok 70 pacjentów w okresie realizacji projektu). Zakłada się możliwość wielokrotnego wykonywania badań dla 1 pacjenta. W skład badań, których wykonanie będzie zlecane Wykonawcy w okresie realizacji zamówienia będą wchodziły:

* Analiza moczu
* Morfologia
* CRP
* Glukoza
* TSH
* Cholesterol
* Albumina
* Kreatynina
* Funkcje wątroby (Alat)
* Sód, Potas

Transport pobranych materiałów do badań z siedziby DDOM do laboratorium w celu wykonania badań, dostarczenie wyników wykonanych badań do siedziby DDOM oraz wszystkie niezbędne elementy do pobierania materiałów do badań zostaną zapewnione przez Wykonawcę.

**III TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA: od 02.01.2019-30.09.2020**

Miejsce odbioru materiałów do badań: Dzienny Dom Opieki Medycznej Akademia pełni życia, ul. św. Heleny 30B, 33-300 Nowy Sącz

Wykonanie badań ambulatoryjnych będzie się odbywało na podstawie zleceń Zamawiającego w okresie wskazanym w pkt. III. W zleceniu określona będzie liczba badań koniecznych do wykonania oraz ich rodzaj. Czas realizacji zleconych badań nie może być dłuższy niż 3 dni robocze. Czas realizacji zleconych badań liczony będzie od momentu przekazania Wykonawcy , do momentu dostarczenia Zamawiającemu wyników zleconych badań.

**IV WARUNKI EALIZACJI ZAMÓWIENIA**

1. Zlecenie wykonania badań ambulatoryjnych przekazywane będzie Wykonawcy drogą elektroniczną, na adres e-mail lub faksem na numer wskazany w umowie zawartej z Wykonawcą. Wykonawca potwierdzi otrzymanie zlecenia taką samą drogą jaka otrzymał zlecenie. Wykonawca zapewni możliwość składania zleceń we wszystkie dni robocze od 8-16. Wykonawca zobowiązany jest do odbioru materiałów do badań nie wcześniej niż po 2 godz. i nie później niż po 4 godz. od otrzymania zlecenia. Materiał do badań pobiera personel medyczny DDOM.
2. Wyniki badań w wersji papierowej Wykonawca dostarczy do Dziennego Domu Opieki Medycznej.
3. W okresie realizacji zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć Zamawiającemu wszystkie niezbędne elementy do pobierania materiałów do badań (igły nr 7 i 8 do systemu próżniowego pobierania krwi, tubusy, holdery, próbówki do próżniowego pobierania krwi). Stan materiałów uzupełniany będzie przez Wykonawcę na bieżąco po zgłoszeniu zapotrzebowania przez Zamawiającego drogą elektroniczną na adres e-mail lub faksem na numer wskazany w umowie zawartej z Wykonawcą.
4. Wynagrodzenie dla Wykonawcy płatne będzie w okresach miesięcznych i obejmować będzie rzeczywistą liczbę i rodzaj wykonanych badań w danym miesiącu.

**V OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

* 1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim, w formie pisemnej, czytelnie wypełniając nieścieralnym długopisem lub komputerowo.
  2. Oferta musi być wypełniona zgodnie z załącznikiem do oferty.
  3. Podawane ceny muszą być cenami brutto.
  4. Wszystkie strony wraz z załącznikami muszą być kolejno ponumerowane.
  5. Każda strona oferty i załączników zawierająca jakąkolwiek treść musi być parafowana.
  6. Oferta musi być podpisana przez wykonawcę lub osobę przez niego upoważnioną. W przypadku podpisania przez osobę upoważnioną przez Wykonawcę, wówczas oferta powinna zawierać również dokument potwierdzający to upoważnienie.
  7. Dokonujący rozeznania rynku dokona oceny ofert na podstawie kryterium ceny - tj. cena 100%.
  8. Oferta cenowa jest rozumiana jako cena jednostkowa (wraz z podatkiem VAT) za wykonanie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych.

**VI MIEJSCE I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY**

Ofertę można złożyć osobiście po adresem NZOZ PRAXIS w Nowym Sączu, ul. św. Heleny 30B, 33-300 Nowy Sącz, przesłać przesyłką pocztową/kurierską na powyższy adres lub przesłać mailowo (skan oferty zawierający podpis oferenta na adres e-mail: [info@nzoz-praxis.pl](mailto:info@nzoz-praxis.pl) w nieprzekraczalnym terminie do 21.12.2018 r. do godziny 15:00 (decyduje data i godzina wpływu).

Złożenie oferty nie powoduje żadnych zobowiązań wobec stron. Oferty są przygotowywane na koszt Wykonawców.

Dane do kontaktu: [info@nzoz-praxis.pl](mailto:info@nzoz-praxis.pl)

Tel. 535 838 338

Załącznik nr 1 – formularz oferty

**OFERTA WYKONAWCY NA ZAPYTANIE W SPRAWIE ROZEZNANIA RYNKU DOT. AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ DIAGDOSTYCZNYCH**

**Zamawiający:**

**„PRAXIS” Spółka z o. o.**

**ul. św. Heleny 30B 33-300 Nowy Sącz**

**NIP: 734-26-98-094 Regon: 491980601**

**e-mail:** [**i**](mailto:olech@onet.pl)**nfo@nzoz-praxis.pl** [**http://nzoz-praxis.pl**](http://nzoz-praxis.pl/)

Nazwa Wykonawcy:………………………………………………..…………………………

Adres siedziby:………………………………………………………………….........……......

Nr telefonu i faks:………………………………………………………………………………

NIP:……………………………………..

REGON:…………………………………

Odpowiadając na zapytanie dotyczące rozeznania rynku dot. ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych w ramach *projektu: „Dzienny Dom Opieki Medycznej Akademia pełni życia” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego. Oś priorytetowa: IX. Region spójny społecznie. Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu E. Rozwój opieki długoterminowej* składam następującą ofertę cenową na zrealizowanie przedmiotu zapytania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zapytania | Cena jednostkowa brutto |
| 1. | Analiza moczu | Cena netto………………………….  VAT………………………………...  Cena brutto…………………………  Słownie:…………………………....  …………………………………….. |
| 2. | Morfologia | Cena netto………………………….  VAT………………………………...  Cena brutto…………………………  Słownie:…………………………....  …………………………………….. |
| 3. | CRP | Cena netto………………………….  VAT………………………………...  Cena brutto…………………………  Słownie:…………………………....  …………………………………….. |
| 4. | Glukoza | Cena netto………………………….  VAT………………………………...  Cena brutto…………………………  Słownie:…………………………....  …………………………………….. |
| 5. | TSH | Cena netto………………………….  VAT………………………………...  Cena brutto…………………………  Słownie:…………………………....  …………………………………….. |
| 6. | Cholesterol | Cena netto………………………….  VAT………………………………...  Cena brutto…………………………  Słownie:…………………………....  …………………………………….. |
| 7. | Albumina | Cena netto………………………….  VAT………………………………...  Cena brutto…………………………  Słownie:…………………………....  …………………………………….. |
| 8. | Kreatynina | Cena netto………………………….  VAT………………………………...  Cena brutto…………………………  Słownie:…………………………....  …………………………………….. |
| 9. | Alat | Cena netto………………………….  VAT………………………………...  Cena brutto…………………………  Słownie:…………………………....  …………………………………….. |
| 10. | Sód, potas | Cena netto………………………….  VAT………………………………...  Cena brutto…………………………  Słownie:…………………………....  …………………………………….. |
|  | Całkowity koszt: | Cena netto………………………….  VAT………………………………...  Cena brutto…………………………  Słownie:…………………………....  …………………………………….. |

Czas realizacji zleconych badań………………godzin/dób roboczych.

……………………………………………………………………….

Data, Podpis Wykonawcy/osoby/osób reprezentujących Wykonawcę