



SCM sp. z o. o.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup
ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

Tel.77/403-28-50; fax.77/403-28-53; sekretariat@szpital-kup.eu; www.szpital-kup.eu

Kup, dn. 13 grudnia 2018r.

Szpital Pulmonologiczno
-Reumatologiczny w Kup
tel.77 403-28-50

Szpital Rehabilitacyjny
w Pokoju
Tel.77/406-54-50

Ambulatorium
w Chróścicach (POZ)
Tel/fax 77/469-52-35

Zapytanie ofertowe

o wartości szacunkowej nieprzekraczającej wyrażonej w złotych
równowartości kwoty 30 000 euro

W imieniu Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o. o. z siedzibą w Kup zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty w zakresie **świadczenia usług transportu sanitarnego**:

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług w zakresie **transportu sanitarnego pacjentów oraz krwi, preparatów krwiopochodnych i materiałów biologicznych** dla potrzeb Stobrawskiego Centrum Medycznego z siedzibą w Kup.
2. Za miejsce rozpoczęcia transportu sanitarnego będzie uważana jedna z obu lokalizacji Zamawiającego, tj.:
 - a) **SZPITAL w KUP** - ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup,
 - b) **SZPITAL w POKOJU** - ul. Namysłowska 22, 46-034 Pokój. Ze Szpitala Rehabilitacyjnego w Pokoju nie przewiduje się transportu krwi ani preparatów krwiopochodnych.
3. Przedmiot zamówienia składa się z **3 zadań częściowych** (pakietów) i winien być realizowany **zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa w tym zakresie**:
 - 3.1. **Pakiet nr 1** - transport sanitarny **zespołem specjalistycznym**:
 - a) w skład którego wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym: lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny,
 - b) Wymagana dyspozycyjność: **7 dni w tygodniu, 24 h/dobę**,
 - c) Usługa liczona będzie od miejsca zgłoszenia się **Zespołu S** na terenie jednego ze Szpitali - **dot. obu lokalizacji Zamawiającego** - lub w innym punkcie wyznaczonym przez Zamawiającego do miejsca zakończenia realizacji usługi. Usługa transportu sanitarnego nie obejmuje dojazdu do siedziby Zamawiającego lub miejsca wskazanego przez Zamawiającego jako punktu (miejsca) rozpoczęcia świadczenia usługi oraz nie obejmuje powrotu do siedziby Wykonawcy lub miejsca wyczekiwania pojazdów po realizacji usługi zleconej przez Zamawiającego,
 - d) Przybycie **Zespołu S** do miejsca wezwania powinno nastąpić **niezwłocznie** od momentu wezwania, w czasie **nie dłuższym niż 35 minut do lokalizacji w Kup** oraz w czasie **nie dłuższym niż 45 minut do lokalizacji w Pokoju**,
 - e) Usługa transportu polegać będzie na odebraniu pacjenta z oddziału, doprowadzeniu do pojazdu, dowiezieniu pod wskazany adres na zleceniu przewozu, doprowadzeniu pacjenta: na badanie, konsultację, (w sytuacji przeniesienia do innego szpitala - doprowadzeniu pacjenta na Izbę Przyjęć),
 - f) **Zespołem S mogą być realizowane wyłącznie usługi transportu w stanach bezpośredniego zagrożenia życia**,
 - g) Zlecenie powinno zawierać:
 - priorytet transportu: **PILNY/PLANOWY**
 - imię i nazwisko oraz PESEL pacjenta;
 - miejsce rozpoczęcia transportu;
 - miejsce przeznaczenia transportu;
 - określenie rodzaju transportu;





SCM sp. z o. o.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup
ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

Tel.77/403-28-50; fax.77/403-28-53; sekretariat@szpital-kup.eu; www.szpital-kup.eu

Szpital Pulmonologiczno
-Reumatologiczny w Kup
tel.77 403-28-50

Szpital Rehabilitacyjny
w Pokoju
Tel.77/406-54-50

Ambulatorium
w Chróścicach (POZ)
Tel/fax 77/469-52-35

- datę, godzinę i minutę rozpoczęcia zlecenia;
 - powód transportu;
 - pozycja pacjenta w czasie transportu;
 - podpis i pieczętka uprawnionego pracownika Zamawiającego.
- h) Przyjęcie zlecenia na usługę transportową nastąpi na podstawie wcześniejszego zgłoszenia telefonicznego **przez upoważniony personel Zamawiającego**, pod numer telefonu wskazany przez Wykonawcę. Zlecenie lekarskie w formie pisemnej musi być przekazane w momencie zgłoszenia się **Zespołu S** w miejscu rozpoczęcia transportu,
- i) Wzór zlecenia na transport zespołem S stanowi załącznik nr 2 do zapytania,
- j) Do faktury należy dołączyć:
- zestawienie przewozów zespołem S w danym miesiącu – wzór stanowi załącznik nr 3 do zapytania,
 - „kompleksowe zestawienie usług transportu sanitarnego”, którego wzór stanowi załącznik nr 6 do zapytania.

3.2. Pakiet nr 2 - transport sanitarny zespołem podstawowym:

- a) w skład którego wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny,
- b) Wymagana dyspozycyjność: **w dni powszednie w godzinach od 19⁰⁰ do 7⁰⁰ oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy**,
- c) Usługa liczona będzie od miejsca zgłoszenia się **Zespołu P** na terenie szpitala lub w innym punkcie wyznaczonym przez Zamawiającego do miejsca zakończenia realizacji usługi. Usługi transportu sanitarnego nie obejmują dojazdu do siedziby Zamawiającego lub miejsca wskazanego przez Zamawiającego jako punktu (miejsca) rozpoczęcia świadczenia usługi oraz nie obejmują powrotu do siedziby Wykonawcy lub miejsca wyczekiwania pojazdów po realizacji usługi zleczonej przez Zamawiającego.
- d) W przypadku wezwania z priorytetem **PILNY**, przybycie **Zespołu P** do miejsca wezwania powinno nastąpić **niezwłocznie** od momentu wezwania, w czasie **nie dłuższym niż 50 minut - dot. obu lokalizacji Zamawiającego**. W celu sprawnej realizacji usługi transportu sanitarnego pacjent wraz z dokumentacją medyczną musi być gotowy do transportu w ciągu 10 minut od chwili wezwania zespołu P w trybie pilnym. W przypadku wezwania z priorytetem **PLANOWY** przybycie **Zespołu P** do miejsca wezwania nie może przekraczać 120 minut – dot. obu lokalizacji Zamawiającego.
- e) Usługa transportu polegać będzie na odebraniu pacjenta z oddziału, doprowadzeniu do pojazdu, dowiezieniu pod wskazany adres na zleceniu przewozu, doprowadzeniu pacjenta: na badanie, konsultację, (w sytuacji przeniesienia do innego szpitala – doprowadzeniu pacjenta na Izbę Przyjęć),
- f) Zlecenie powinno zawierać:
- priorytet transportu: **PILNY/PLANOWY**
 - imię i nazwisko oraz PESEL pacjenta;
 - miejsce rozpoczęcia transportu;
 - miejsce przeznaczenia transportu;
 - określenie rodzaju transportu;
 - datę, godzinę i minutę rozpoczęcia zlecenia;
 - powód transportu;
 - pozycja pacjenta w czasie transportu;
 - podpis i pieczętka uprawnionego pracownika Zamawiającego.





SCM sp. z o. o.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup
ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

Tel.77/403-28-50; fax.77/403-28-53; sekretariat@szpital-kup.eu; www.szpital-kup.eu

Szpital Pulmonologiczno
-Reumatologiczny w Kup
tel.77 403-28-50

Szpital Rehabilitacyjny
w Pokoju
Tel.77/406-54-50

Ambulatorium
w Chróścicach (POZ)
Tel/fax 77/469-52-35



g) Przyjęcie zlecenia na usługę transportową nastąpi na podstawie wcześniejszego zgłoszenia telefonicznego **przez upoważniony personel Zamawiającego**, pod numer telefonu wskazany przez Wykonawcę. Zlecenie lekarskie w formie pisemnej musi być przekazane w momencie zgłoszenia się **Zespołu P** w miejscu rozpoczęcia transportu.

h) Wzór zlecenia na transport zespołem P stanowi załącznik nr 2 do zapytania.

i) Do faktury należy dołączyć:

- zestawienie przewozów zespołem P w danym miesiącu – wzór stanowi załącznik nr 4 do zapytania,
- „kompleksowe zestawienie usług transportu sanitarnego”, którego wzór stanowi załącznik nr 6 do zapytania.

3.3. **Pakiet Nr 3** - transport krwi, preparatów krwiopochodnych i materiałów biologicznych:

a) Wymagania odnośnie wyposażenia pojazdu - pojazd sanitarny musi być wyposażony w specjalistyczne urządzenie dedykowane do transportu materiałów biologicznych, w tym krwi i preparatów krwiopochodnych, z możliwością ciągłego monitorowania warunków transportu. Urządzenie musi posiadać certyfikaty dopuszczające do użytkowania na terenie RP oraz aktualne świadectwo homologacji. Zgodnie z Rozp. Ministra Zdrowia z dn. 16.10.2017r. („w sprawie leczenia krwią i jej składnikami...” - Dz. U. z 2017r. poz. 2051) - **krw i jej składniki muszą być przewożone w warunkach poddawanych systematycznej walidacji i bieżącej kontroli za które odpowiedzialny będzie Wykonawca.** Walidacja winna być przeprowadzana 1 x na kwarta i każdorazowo winien być sporządzony protokół kontroli temperatury transportu zgodnie z przepisami aktualnie obowiązującego prawa,

b) Wymagana dyspozycyjność: **7 dni w tygodniu, 24 h/dobę**,

c) Przyjęcie zlecenia na usługę transportową nastąpi na podstawie wcześniejszego zgłoszenia telefonicznego uprawnionego pracownika Zamawiającego pod nr telefonu wskazany przez Wykonawcę,

d) Po otrzymaniu zlecenia przewozu krwi, preparatów krwiopochodnych i materiałów biologicznych, przyjmujący zlecenie zobowiązany jest do niezwłocznego przybycia do jednej z lokalizacji Zamawiającego, przy czym:

- Po otrzymaniu zlecenia przewozu krwi i preparatów krwiopochodnych czas przybycia do szpitala nie może przekraczać 60 minut,
- Po otrzymaniu zlecenia przewozu materiałów biologicznych czas przybycia do szpitala nie może przekraczać 120 minut.

e) Zlecenie na transport krwi i materiałów krwiopochodnych będzie realizowane:

- z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu do Oddziału Szpitalnego, który krew lub preparat krwiopochodny zamawiał,
- z właściwego Oddziału Szpitalnego zamawiającego krew lub preparat krwiopochodny do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu,

f) Zlecenie powinno zawierać:

- imię i nazwisko oraz PESEL pacjenta;
- miejsce rozpoczęcia transportu;
- miejsce przeznaczenia transportu;
- określenie rodzaju transportu;
- datę, godzinę i minutę rozpoczęcia zlecenia;
- powód transportu;
- podpis i pieczęć uprawnionego pracownika Zamawiającego.

i) Wzór zlecenia na transport krwi stanowi integralny załącznik nr 2 do zapytania,

j) Do faktury należy dołączyć:





SCM sp. z o. o.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup
ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

Tel.77/403-28-50; fax.77/403-28-53; sekretariat@szpital-kup.eu; www.szpital-kup.eu

Szpital Pulmonologiczno
-Reumatologiczny w Kup
tel.77 403-28-50

Szpital Rehabilitacyjny
w Pokoju
Tel.77/406-54-50

Ambulatorium
w Chróścicach (POZ)
Tel/fax 77/469-52-35



- zestawienie przewozów krwi, preparatów krwiopochodnych i materiałów biologicznych w danym miesiącu – wzór stanowi załącznik nr 5 do zapytania,
- „kompleksowe zestawienie usług transportu sanitarnego”, którego wzór stanowi załącznik nr 6 do zapytania,

k) W zakresie transportu krwi, preparatów krwiopochodnych i materiałów biologicznych usługa liczona będzie od miejsca rozpoczęcia transportu - **dot. obu lokalizacji Zamawiającego** - do miejsca przeznaczenia transportu, zgodnie ze zleceniem. Usługi transportu sanitarnego nie obejmują dojazdu do siedziby Zamawiającego lub miejsca wskazanego przez Zamawiającego jako punktu (miejsca) rozpoczęcia świadczenia usługi oraz nie obejmują powrotu do siedziby Wykonawcy lub miejsca wyczekiwania pojazdów po realizacji usługi zleconej przez Zamawiającego.

4. Załączniki:

- 4.1. Formularz oferty,
- 4.2. Wzór zlecenia na transport zespołem S/P/krwii,
- 4.3. Zestawienie przewozów zespołem S,
- 4.4. Zestawienie przewozów zespołem P,
- 4.5. Zestawienie przewozów krwi,
- 4.6. Kompleksowe zestawienie usług transportu sanitarnego,
- 4.7. Projekt umowy na transport zespołem S,
- 4.8. Projekt umowy na transport zespołem P,
- 4.9. Projekt umowy na transport krwi.

5. Termin realizacji – **od dnia 1 stycznia 2019r. do dnia 31 grudnia 2019r.**

6. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.

7. Informacje dodatkowe:

- 7.1. Zamawiający dopuszcza składania ofert częściowych.
- 7.2. Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert.
- 7.3. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
- 7.4. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego – Pielęgniarka Koordynująca Izby Przyjęć **Ewa Wojtas-Fortuna**, tel. **508-158-150**.
- 7.5. Ofertę należy złożyć w SEKRETARIACIE Zarządu SCM Sp. z o. o., budynek administracyjny przy ul. Szpitalnej 10, 46-082 Kup lub przesłać na adres e-mail: zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu - w terminie do dnia **21 grudnia 2018r.**, do godziny **12⁰⁰**
- 7.6. Formularze dostępne na stronie www.szpital-kup.eu w zakładce *przetargi i konkursy* → **zapytania ofertowe**.
- 7.7. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 31 grudnia 2018r.
- 7.8. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyny a także zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru którejkolwiek z ofert.

KIEROWNIK DZIAŁU
ZAMÓWIEN PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW
Ewa Joniec
mgr Ewa Joniec