



D/DKR/PK/AS/717/2023

Warszawa, 17.07.2023r.

Do wszystkich uczestników postępowania konkursowego

Dotyczy: postępowania w trybie ogłoszenia medycznego, nr OM/CZD/04/23 pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych oraz badań pośmiertnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.

Udzielający Zamówienia Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” informuje, że zmienia treść Ogłoszenia w następujący sposób:

1. Pkt. 6 Ogłoszenia, otrzymuje następujące brzmienie:

6. Ofertę pisemną na formularzu załączonym do ogłoszenia wraz z wymaganymi załącznikami, umieszczoną w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem:

„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych oraz badań pośmiertnych na rzecz pacjentów IPCZD” nr sprawy OM/CZD/04/23.

Nie otwierać przed dniem 26.07.2023r., przed godziną 12.00.”

Oferty należy składać do dnia 26.07.2023r. do godz. 12.00 w siedzibie Zamawiającego w budynku G pok.123 (I piętro) lub przesłać drogą pocztową na adres Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa.

2. Załącznik nr 4 do Ogłoszenia – Formularz cenowy, otrzymuje następujące brzmienie:

Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

Formularz cenowy

KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich oferentów (należy uzupełnić):

Oferowane wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

..... zł brutto/godz.

Słownie: zł brutto /godz.



Kryterium : jakość - dotyczy wszystkich oferentów (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):

OŚWIADCZENIE OFERENTA- KRYTERIUM JAKOŚĆ

Oświadczam, że **posiadam /że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada (*niewłaściwe skreślić*)** udokumentowane doświadczenie w pracy w zakresie diagnostyki patomorfologicznej¹:

- Brak doświadczenia
- 1-5 lata doświadczenia
- powyżej 5 lat doświadczenia

¹ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie w pracy w zakresie diagnostyki patomorfologicznej.

W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu w pracy w zakresie diagnostyki patomorfologicznej, Udzielający zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia i nie przyzna punktów w kryterium Jakość.

Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w formularzu cenowym będzie skutkowałą odrzuceniem oferty.

.....
(data i podpis Oferenta)

3. Załącznik nr 1 do Ogłoszenia – Opis Przedmiotu Zamówienia, otrzymuje następujące brzmienie:

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia – Opis Przedmiotu Zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych oraz badań pośmiertnych na rzecz pacjentów IPCZD.

Zadania:

- Wykonywanie badań histopatologicznych
- Wykonywanie badań cytologicznych
- Wykonywanie badań pośmiertnych
- Pisemny opis badania oraz jego ocena



- Świadczenia zdrowotne będą udzielane w Zakładzie Patologii IPCZD
- Czas pracy - **5 godzin tygodniowo** zgodnie z harmonogramem ustalonym z Kierownikiem Zakładu Patologii
- Zadanie będzie wykonywane przez 1 osobę.
- Termin realizacji zamówienia : Od 01.09.2023r. do 31.08.2025r

.....
(podpis Udzielającego Zamówienie lub osoby upoważnionej)