NR SPRAWY: ZP/1/2012

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH**

**WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

**W POSTĘPOWANIU PROWADZONYM W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

**O WARTOŚCI ZAMÓWIENIA NIE PRZEKRACZAJĄCEJ RÓWNOWARTOŚCI KWOTY 206.000 EURO**

**UBEZPIECZENIA odpowiedzialności cywilnej**

**Szpitala Powiatowego w Gryfinie sp. z o.o.**

ZATWIERDZAM

*Gryfino, dnia 26 marca 2012 r.*

# 1. INFORMACJE OGÓLNE

1. Wykonawca winien zapoznać się z niniejszą Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, zwaną dalej SIWZ, przed przystąpieniem do sporządzania oferty.
2. Oferty składane przez Wykonawców powinny odpowiadać postanowieniom SIWZ.
3. Wszystkie formularze zawarte w SIWZ Wykonawca winien wypełnić ściśle według wskazówek zawartych w niniejszej specyfikacji. W przypadku, gdy jakakolwiek część dokumentu nie dotyczy Wykonawcy – należy wpisać „nie dotyczy”.
4. Wielkość załączonych do SIWZ wzorów formularzy może zostać przez Wykonawcę zmieniona, jednak układ graficzny i opis poszczególnych kolumn i wierszy musi pozostać nie zmieniony.
5. Wykonawca poniesie wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

# 2. NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

**Szpital Powiatowy w Gryfinie sp. z o.o.**

**74-100 Gryfino,**

**ul. Parkowa 5**

reprezentowany przez:

Jerzy Piwowarczyk – Prezes Zarządu

# 3. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego na ***ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*** prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (t. jedn. Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 z późn. zm.).

# 4. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Zgodnie z Załącznikiem nr 1 do niniejszej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

Przedmiot zamówienia stanowi ubezpieczenie: odpowiedzialności cywilnej:

1. Obowiązkowe ubezpieczenie OC zakładu prowadzącego działalność leczniczą CPV 66516400-4

2. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej CPV 66516400-4

3. Obowiązkowe ubezpieczenie OC zdarzeń medycznych CPV 66516400-4

# 5. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin realizacji zamówienia:

Umowa generalna **od dnia 18 kwietnia 2012 r. do dnia  17 kwietnia 2013 r.** Na każdy z 12 miesięcznych okresów ubezpieczenia wystawione zostaną szczegółowe polisy.

# 6. OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA TYCH WARUNKÓW

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy którzy:

1. Nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 24 i spełniają warunki określone w art. 22 ust.1 pkt. 1-3 ustawy – Prawo zamówień publicznych.

2. Posiadają przewidziane prawem zezwolenie właściwego organu na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej na terenie Polski we wszystkich grupach ryzyk, których dotyczy przedmiot zamówienia.

3. Znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia, tj.:

1. Posiadają pokrycie marginesu wypłacalności środkami własnymi powyżej 100%, o którym mowa w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.) oraz na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 listopada 2003 r. w sprawie sposobu wyliczenia wysokości marginesu wypłacalności oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego dla działów i grup ubezpieczeń (Dz.U. Nr 211, poz. 2060) - na dzień 30.06.2011 roku.
2. Posiadają kapitały własne w wysokości min. 40 000 000,00 PLN na dzień 30.06.2011 r.

4. Dysponują niezbędną wiedzą i doświadczeniem, oraz potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia lub przedstawią pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia.

Wykonawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia publicznego, w tym celu powinni ustanowić pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego albo reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego albo reprezentowania ich i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.

W przypadku Wykonawców ubiegających się wspólnie o zamówienie w odniesieniu do warunków określonych w:

* pkt 1 i 2 - warunki te musi spełnić każdy wykonawca,
* pkt 3 i 4 - warunki te wykonawcy mogą spełnić łącznie.

Zamawiający dokona oceny spełniania wymagań stawianych Wykonawcom na podstawie przedłożonych dokumentów, określonych w oparciu o oświadczenia stanowiące Załącznik nr 3 i 4 do SIWZ, na zasadzie „spełnia” lub „nie spełnia” wymaganego warunku.

Zamawiający wezwie na podstawie art. 26 ust. 3 wykonawców, którzy w określonym terminie nie złożyli wymaganych przez Zamawiającego oświadczeń lub dokumentów, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy, lub którzy nie złożyli pełnomocnictw, albo którzy złożyli wymagane przez Zamawiającego oświadczenia i dokumenty, o których mowa w art. 25 ust. 1, zawierające błędy lub złożyli wadliwe pełnomocnictwa, do ich złożenia w wyznaczonym terminie, chyba że mimo ich złożenia oferta wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania. Złożone na wezwanie Zamawiającego oświadczenia i dokumenty powinny potwierdzać spełnianie przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu oraz spełnianie wymagań określonych przez Zamawiającego, nie później niż w dniu, w którym upłynął termin składania ofert.

# 7. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

1. Zezwolenie do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej na terenie Polski w zakresie nie mniejszym niż to wynika z przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczenie Wykonawcy, że nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 i 2 ustawy – Prawo zamówień publicznych - Załącznik nr 6 do SIWZ.
3. Oświadczenie Wykonawcy, że posiada możliwość realizacji zamówienia, zgodnie z wymogami art. 22 ust. 1 ustawy, z którego winno wynikać, że Wykonawca:
   1. spełnienia wymóg dot. posiadania pokrycia marginesu wypłacalności środkami własnymi min. 100% - według stanu na dzień **30.06.2011** r.
   2. posiada kapitały własne w wysokości wymaganej przez Zamawiającego na dzień **30.06.2011** r.

3) dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem, oraz potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
2. Aktualnych zaświadczeń właściwego naczelnika urzędu skarbowego oraz właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzających odpowiednio, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub zaświadczenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawionych nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

Jeśli Wykonawca ma siedzibę poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zamiast odpowiednich ww. dokumentów określonych w powyższych punktach składa dokument wystawiony w kraju, w którym ma siedzibę potwierdzający odpowiednio, że:

1. nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono jego upadłości.
2. Nie zalega z uiszczeniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo uzyskał przewidzine prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
3. Nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie,
4. zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego kraju pochodzenia albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy.

Wykonawca musi załączyć do oferty dokumenty, o których mowa w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.

Dodatkowo do oferty wykonawca dołączy:

**Pełnomocnictwo do podpisania oferty**, jeżeli upoważnienie do jej złożenia nie wynika z przepisów bądź z zapisów właściwego rejestru – KRS. Pełnomocnictwo winno być dołączone w formie oryginału lub **kopii poświadczonej przez notariusza.**

W przypadku wspólnego ubiegania się wykonawców o udzielenie zamówienia, listę wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia oraz dokument ustanawiający pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia.

W przypadku wybrania przez Zamawiającego oferty wykonawców ubiegających się wspólnie o zamówienie, Zamawiający przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego zażąda umowę regulującą współpracę tych wykonawców.

# 8. INFORMACJA O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, Z PODANIEM ADRESU POCZTY ELEKTRONICZNEJ LUB STRONY WWW ZAMAWIAJĄCEGO, A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI

1. Wykonawca może zwrócić się na piśmie bądź w formie faksu do Zamawiającego o wyjaśnienie treści Specyfikacji. W przypadku przekazania dokumentów w formie faksu, każda ze stron zobowiązana jest na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdzić fakt ich otrzymania.
2. Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, jeżeli pisemne zapytanie Wykonawcy wpłynie do niego nie później, niż na 6 dni przed upływem terminu składania ofert, treść wyjaśnień zostanie zamieszczona na stronie internetowej.
3. Zamawiający nie zamierza organizować zebrania Wykonawców w celu wyjaśnienia wątpliwości dotyczących treści SIWZ.
4. W postępowaniu o udzielenie zamówienia oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający lub Wykonawcy mogą przekazać pisemnie, fax-em lub drogą elektroniczną. W przypadku przekazania pism, o których mowa w formie fax-u lub droga elektroniczną , każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania
5. Osobami uprawnionymi do składania wyjaśnień Wykonawcom są:

- ze strony Zamawiającego Jerzy Piwowarczyk – dyrektor szpitala, Tel. 601754656

(od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 do 15.00),

- Edward Bajer - broker ubezpieczeniowy, Tel. +48 502628341

1. Adres strony elektronicznej zamawiającego: [www.bip.gryfino.powiat.pl](http://www.bip.gryfino.powiat.pl/)
2. Adres poczty elektronicznej zamawiającego: [s](mailto:szpital.gryfino@poczta.onet.pl)ekretariat@szpital-gryfino.pl
3. Adres poczty elektronicznej brokera: edward.bajer@bg-broker.com

# 9. ZMIANA TREŚCI OGŁOSZENIA ORAZ SIWZ.

1. Przed upływem terminu składania ofert Zamawiający może zmienić treść Specyfikacji. Dokonane zmiany Zamawiający zamieści niezwłocznie na stronie internetowej. Zmiany SIWZ staną się integralną częścią niniejszej Specyfikacji i będą dla Wykonawców wiążące.
2. W przypadku zmiany treści SIWZ nie prowadzącej do zmiany treści ogłoszenia, jeżeli Zamawiający uzna, że jest niezbędny czas na wprowadzenie tych zmian, przedłuży termin składania ofert, zamieszczając tą informację na stronie internetowej.
3. Jeżeli zmiana treści SIWZ prowadzić będzie do zmiany treści ogłoszenia o zamówieniu, Zamawiający zamieści ogłoszenie o zmianie ogłoszenia w Biuletynie Zamówień Publicznych.
4. W przypadku dokonywania zmian treści ogłoszenia o zamówieniu zamieszczonego w Biuletynie Zamówień Publicznych, Zamawiający przedłuży termin składania ofert o czas niezbędny na wprowadzenie zmian w ofercie, jeżeli uzna to za konieczne.
5. Jeżeli zmiana treści ogłoszenia jest istotna, w szczególności dotyczy określenia przedmiotu zamówienia, wielkości lub zakresu zamówienia, kryteriów oceny ofert, warunków udziału w postępowaniu lub sposobu oceny ich spełniania, Zamawiający przedłuży termin składania ofert o czas niezbędny na wprowadzenie tych zmian.
6. Zamawiający niezwłocznie po zamieszczeniu zmiany treści ogłoszenia o zamówieniu w Biuletynie Zamówień Publicznych zamieści informację o tej zmianie w swojej siedzibie oraz na stronie internetowej.

# 9. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM.

Zamawiający nie wymaga od Wykonawców wnoszenia wadium.

# 10. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ.

Okres związania Wykonawców złożoną ofertą wynosi 30 dni licząc od daty upływu terminu składania ofert. Ewentualne wniesienie protestu zawiesza bieg tego terminu.

# 11. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT.

1. Oferta musi być przygotowana na formularzu, który stanowi załącznik nr 2 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zgodnie z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
2. Oferta musi być przygotowana zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych.
3. Treść oferty musi odpowiadać treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
4. W przypadku, gdyby Wykonawca dołączył do oferty kopię jakiegoś dokumentu, kopia ta winna być potwierdzona za zgodność z oryginałem (na każdej stronie kopii dokumentu) przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy lub notariusza.
5. Wykonawca, na żądanie Zamawiającego, ma obowiązek przedstawić oryginały złożonych przez siebie dokumentów lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu, w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego, gdy przedstawiona kserokopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości, a Zamawiający nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.
6. Wykonawca winien złożyć tylko jedną ofertę zawierającą jednoznacznie opisaną propozycję. Złożenie oferty zawierającej propozycje alternatywne (oferty wariantowej) spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez Wykonawcę.
7. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnie, nieścieralnym pismem drukowanym (ręcznie, na maszynie do pisania lub w postaci wydruku komputerowego).
8. W przypadku załączenia dokumentów w językach obcych, niezbędne jest przedstawienie tłumaczenia dokumentów na język polski, przez tłumacza przysięgłego.
9. Wykonawca może wydzielić z oferty informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. W takim przypadku Wykonawca winien wyodrębnić te informacje w formie osobnego pakietu. Pakiet ten ma być wyraźnie oznaczony „TAJEMNICE PRZEDSIĘBIORSTWA – NIE UDOSTĘPNIAĆ INNYM UCZESTNIKOM POSTĘPOWANIA”. Pozostała część oferty będzie dopuszczona do wglądu dla wszystkich zainteresowanych.
10. Pełnomocnictwo do podpisania oferty powinno być dołączone do oferty, o ile nie wynika ono z przepisów lub innych dokumentów załączonych do oferty (np. odpisu z rejestru sądowego).
11. Oferta musi być podpisana przez osoby wskazane w dokumencie upoważniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadające pełnomocnictwo.
12. Zaleca się, aby oferta zawierała spis treści wraz z wykazem załączników. Wszystkie strony oferty – w tym wszystkie załączniki – winny być ponumerowane.
13. Wszystkie miejsca, w których Wykonawca naniósł zmiany bądź poprawki winny być parafowane przez upoważnione osoby ze strony Wykonawcy.
14. Ofertę należy złożyć w nieprzejrzystej kopercie. Koperta powinna być zaadresowana do Zamawiającego i oznaczona w następujący sposób:

**„OFERTA**

**na ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala Powiatowego w Gryfinie sp. z o.o.**

**nie otwierać przed 06 kwietnia 2011 r., godz. 12.30”**

1. Koperta musi posiadać nazwę i adres Wykonawcy.
2. Koperta winna być szczelnie zamknięta w sposób uniemożliwiający zapoznanie się z treścią oferty.
3. W celu dokonania zmiany lub wycofania oferty – przed upływem terminu do składania ofert – Wykonawca złoży Zamawiającemu kolejne koperty oznaczone jak w punkcie 14 i 15 z dodaniem słowa „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.
4. Wykonawca nie może wycofać oferty i wprowadzić jakichkolwiek zmian w jej treści, po upływie terminu do składania ofert.
5. Ważność i odrzucanie ofert.

1) Oferta zostanie odrzucona w sytuacji, gdy wystąpią okoliczności określone w art. 89 Ustawy Prawo zamówień publicznych.

* 1. 2) W razie wystąpienia przesłanek ustawowych określonych w art. 24 Ustawy – Prawo zamówień publicznych lub określonych w niniejszej specyfikacji, Zamawiający wykluczy Wykonawcę z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.
  2. 3) Ofertę Wykonawcy wykluczonego uznaje się za odrzuconą.

20. Do oferty Wykonawca dołączy Ogólne Warunki Ubezpieczenia, które będą mieć zastosowanie w zakresie nie uregulowanym w SIWZ.

# 12. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT.

* + - * 1. **Miejsce i termin składania ofert.**

1) Ofertę należy złożyć w Gryfinie, ul. Niepodległości 39, Sekretariat Prezesa Zarządu Szpitala Powiatowego

w Gryfinie Sp. z o.o.

2) Termin składania ofert upływa dnia **06 kwietnia 2012 roku, o godz. 12.00**

3) Oferty złożone po terminie wskazanym w pkt. 2, zostaną zwrócone Wykonawcom bez otwierania, po upływie terminu przewidzianego na wniesienie protestu.

1. **Miejsce i termin otwarcia ofert.**

1) Zamawiający otworzy oferty w obecności Wykonawców, którzy przybędą w dniu **06 kwietnia 2012 r.** roku, **o godz. 12.30** do: Gryfino, ul. Niepodległości 39, Sekretariat Prezesa Zarządu Szpitala Powiatowego w Gryfinie sp. z o.o.

2) Bezpośrednio przed otwarciem ofert Zamawiający poda kwotę, którą zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.

3) Podczas otwarcia ofert Zamawiający poda nazwę (firmę) oraz adres (siedzibę) Wykonawcy, którego oferta jest otwierana, a także informacje dotyczące ceny oferty, terminu wykonania zamówienia i warunków płatności zawartych w ofertach. Informacje te odnotowywane są w protokole postępowania.

# 13. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY.

1. Wykonawca podaje w ofercie ostatecznej jedną cenę.
2. Cena musi zostać podana w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku od wartości brutto przedmiotu ubezpieczenia.
3. Cenę oferty należy określić z należytą starannością, na podstawie przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem wszystkich kosztów związanych z realizacją zadania wynikających z zakresu usługi, niezbędnych do wykonania zadania i doliczyć do powstałej kwoty inne składniki wpływające na ostateczną cenę.
4. Ponadto należy dokonać podziału ceny na ryzyka zgodnie z formularzem oferty (załącznik nr 2 do SIWZ).

# 14. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE KIEROWAŁ SIĘ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW ORAZ SPOSOBU OBLICZENIA OCENY OFERT.

Przy wyborze najkorzystniejszej oferty ostatecznej Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami i ich wagami:

- cena oferty 100 %

W kryterium cena zostanie zastosowany wzór:

Ocena punktowa = (cena minimalna / cena oferty badanej) x 100 pkt.

# 15. OCZYWISTE OMYŁKI.

Zamawiający poprawia w ofercie:

1. oczywiste omyłki pisarskie,

2. oczywiste omyłki rachunkowe, które w szczególności poprawia w następujący sposób:

1. w przypadku mnożenia sumy ubezpieczenia i liczby jednostek miar, przy czym za jednostkę miary Zamawiający rozumie stawkę/ składkę ubezpieczeniową, wyrażoną procentowo, kwotowo bądź w promilach:
2. jeżeli obliczona cena nie odpowiada iloczynowi sumy ubezpieczenia oraz liczby jednostek miar, przyjmuje się, że prawidłowo podano liczbę jednostek miar oraz sumę ubezpieczenia,
3. jeżeli sumę ubezpieczenia podano rozbieżnie słownie i liczbą, przyjmuje się, że prawidłowo podano liczbę jednostek miar i ten zapis sumy ubezpieczenia, który odpowiada dokonanemu obliczeniu ceny;

II) w przypadku sumowania cen za poszczególne części zamówienia:

1. jeżeli obliczona cena nie odpowiada sumie cen za części zamówienia, przyjmuje się, że prawidłowo podano ceny za części zamówienia,
2. jeżeli cenę za część zamówienia podano rozbieżnie słownie i liczbą, przyjmuje się, że prawidłowo podano ten zapis, który odpowiada dokonanemu obliczeniu ceny,
3. jeżeli ani cena za część zamówienia podana liczbą, ani podana słownie nie odpowiadają obliczonej cenie, przyjmuje się, że prawidłowo podano ceny za część zamówienia wyrażone słownie;

III) w przypadku oferty z ceną określoną za cały przedmiot zamówienia albo jego część:

1. przyjmuje się, że prawidłowo podano cenę bez względu na sposób jej obliczenia,
2. jeżeli cena podana liczbą nie odpowiada cenie podanej słownie, przyjmuje się za prawidłową cenę podaną słownie,
3. jeżeli obliczona cena nie odpowiada sumie cen, przyjmuje się, że prawidłowo podano poszczególne ceny.

IV) Zamawiający poprawiając omyłki rachunkowe zgodnie z ust. 1 uwzględnia konsekwencje rachunkowe dokonanych poprawek.

3. inne omyłki polegające na niezgodności oferty ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, niepowodujące istotnych zmian w treści oferty.

# 16. INFORMACJA O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNE ZOSTAĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO.

1. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta ostateczna otrzyma największą ilość punktów.
2. Jeżeli nie można będzie dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że zostaną złożone oferty przedstawiające taki sam bilans ceny i innych kryteriów, Zamawiający wybierze spośród złożonych ofert, ofertę z najniższą ceną.
3. Zamawiający niezwłocznie poinformuje o wyborze najkorzystniejszej oferty Wykonawców, którzy złożyli oferty o:

a) wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę (firmę), siedzibę i adres wykonawcy, którego ofertę wybrano, i uzasadnienie jej wyboru, a także nazwy (firmy), siedziby i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty wraz ze streszczeniem oceny i porównania złożonych ofert zawierającym punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację.

b) wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.

c) wykonawcach, którzy zostali wykluczeni z postępowania o udzielenie zamówienia, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.

W powiadomieniu przesłanym do Wykonawcy, którego ofertę wybrano, Zamawiający poda miejsce i termin zawarcia umowy.

1. Zamawiający zawrze umowę w sprawie zamówienia publicznego w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia zawiadomienia o wyborze oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu związania ofertą. Jeżeli zostanie złożona tylko jedna oferta, Zamawiający zastrzega możliwość zawarcia umowy przed upływem 7 dniowego terminu, o którym mowa.
2. Jeżeli wykonawca, którego oferta zostanie wybrana, będzie się uchylał od zawarcia umowy, Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, bez dokonywania ich ponownej oceny, chyba że wystąpią przesłanki, o których mowa w art. 93 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.
3. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zamieszcza informacje, o których mowa w ust. 3 lit. a, również na stronie internetowej oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie.

# 17. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY.

Zamawiający nie wymaga zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

# 18. PRZEWIDYWANA ZMIANA UMOWY.

Zamawiający przewiduje możliwość zmiany umowy, która polegać może na:

1. korzystne dla Zamawiającego zmiany zakresu ubezpieczenia wynikające ze zmian OWU Wykonawcy za zgodą Zamawiającego i Wykonawcy;
2. zmiana zakresu ubezpieczenia wynikająca ze zmian przepisów prawnych.

# 19. ISTOTNE DLA STRON POSTANOWIENIA, KTÓRE ZOSTANĄ WPROWADZONE DO TREŚCI ZAWIERANEJ UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO, WZÓR UMOWY.

1. Integralną część Umowy stanowi SIWZ i oferta ostateczna Ubezpieczyciela.

# 20. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA.

Wykonawcom, jeżeli ich interes prawny w uzyskaniu zamówienia doznał lub może doznać uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy przysługują środki ochrony prawnej uregulowane w art. 179 i następne Pzp;

# 21. OPIS CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, JEŻELI ZAMAWIAJĄCY DOPUSZCZA SKŁADANIE OFERT CZĘŚCIOWYCH

Zamawiający dopuszcza składania ofert częściowych.

# 22. OPIS SPOSOBU PRZEDSTAWIANIA OFERT WARIANTOWYCH ORAZ MINIMALNE WARUNKI, JAKIM MUSZĄ ODPOWIADAĆ OFERTY WARIANTOWE

Nie dopuszcza się składania ofert wariantowych.

# 23. INFORMACJA DOTYCZĄCA UDZIAŁU PODWYKONAWCÓW W PRZEDMIOCIE ZAMÓWIENIA

W przypadku, gdy Wykonawca przewiduje powierzenie wykonania części zamówienia przez podwykonawców, Zamawiający wymaga wskazania przez Wykonawcę tej części, której wykonanie powierzy podwykonawcom.

***Załączniki:***

Załącznik nr 1 – Opis przedmiotu zamówienia

Załącznik nr 2 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 3 – Oświadczenie wykonawcy na podstawie art.22 pzp

Załącznik nr 4 – Oświadczenie wykonawcy na podstawie art. 24 pzp

**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Przedmiot zamówienia stanowi:**

1. Obowiązkowe ubezpieczenie OC zakładu w związku z prowadzoną działalnością leczniczą CPV 66516400-4

2. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej CPV 66516400-4

3. Obowiązkowe ubezpieczenie OC od zdarzeń medycznych CPV 66516400-4

**Dotychczasowa szkodowość**

1. **Roszczenia ( 2008 – 2012 w ramach również poprzedniej formy działalności)**

Brak

***UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ***

ANKIETA OCENY RYZYKA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ – ZAŁĄCZONA DO SIWZ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | | **Ubezpieczający** (wnioskodawca) **Szpital Powiatowy w Gryfinie sp. z o. o.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 2. | | Adres zamieszkania, siedziby wnioskodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | **74-100 Gryfino, ul. Parkowa 5** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 3. | | REGON | | | | **3** | | **2** | | **0** | | **4** | | **8** | | | **1** | | | **7** | | | **4** | | | **7** | |  |  |  |  |  | lub PESEL | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | NIP | | **8** | **5** | | **8** | | **1** | | **7** | | **9** | | **7** | | | **1** | | | **7** | | | **3** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | Telefon 091 416 23 54 Fax 091 404 54 54 E- mail sekreatariat@szpital-gryfino.pl | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 5. | | Nazwa **ubezpieczonego**  zakładu opieki zdrowotnej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | **j. w.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | Adres siedziby | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | j. w. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 7. | | REGON | | | | **3** | | **2** | | **0** | | **4** | | **8** | | | **1** | | | **7** | | | **4** | | | **7** | |  |  |  |  |  | NIP | | | | | | | | | | | **8** | | **5** | | **8** | | **1** | | **7** | | **9** | | **7** | | **1** | | | | | **7** | | | **3** | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | Telefon 091 416 23 54 Fax 091 416 23 54 E-mail: j.w. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 9. | | Nr rejestru ZOZ/KRS 32-01111/0000304531 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 10. | | Data rejestracji 17.06.2008r./23.04.2008r. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 11. | | Rok rozpoczęcia działalności - 2008 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 12. | | Organ założycielski – Powiat Gryfiński | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 13. | | Ubezpieczający jest: właścicielem, administratorem \*) zakładu opieki zdrowotnej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 14. | | Rodzaje wykonywanych usług (podkreślić właściwe):  porady lekarskie, wizyty domowe, zabiegi, pogotowie ratunkowe, lecznictwo otwarte, lecznictwo zamknięte, transport chorych, stacja krwiodawstwa, konsultacje, inne  prosimy wymienić jakie: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | .................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. | | Jaka była liczba pacjentów przyjętych w ostatnim roku (2011) (w przypadku rozpoczęcia działalności, prosimy podać | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | planowaną liczbę): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | w lecznictwie otwartym | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | 21692 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | 13 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | w lecznictwie zamkniętym | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | 4.349 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 16. | | | Przy niżej podanych specjalizacjach prosimy wpisać do rubryki nr: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **1**  liczbę praktykujących lekarzy pracujących na podstawie umowy o pracę; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2**  liczbę praktykujących lekarzy pracujących na podstawie innych umów; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3**  liczbę lekarzy wykonujących zabiegi. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A. LEKARZE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Specjalizacja** | | | | | | | | | | | | | | | **1** | | | **2** | | | **3** | | | **Specjalizacja** | | | | | | | | | | **1** | | **2** | | **3** | | Specjalizacja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **1** | | | **2** | | | **3** | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Alergologia | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Ortopedia i traumatologia narządu ruchu | | | | | | | | | |  | | **1** | |  | | Neurologia dziecięca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Anestezjologia i intensywna terapia | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **5** | | |  | | | Genetyka kliniczna | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Okulistyka | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **1** | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Angiologia | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Geriatria | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Onkologia kliniczna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Audiologia i foniatria | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Hematologia | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Onkologia i hematologia dziecięca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Chirurgia dziecięca | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Immunologia kliniczna | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Ortopedia i traumatologia narządu ruchu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Chirurgia klatki piersiowej | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Kardiochirurgia | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Otorynolaryngologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Chirurgia naczyniowa | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Kardiologia | | | | | | | | | |  | | **1** | |  | | Patomorfologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Chirurgia ogólna | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **5** | | |  | | | Kardiologia dziecięca | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Położnictwo i ginekologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **8** | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Chirurgia onkologiczna | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Medycyna nuklearna | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Pediatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **7** | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Chirurgia plastyczna | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Medycyna paliatywna | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Psychiatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **1** | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Chirurgia szczękowo-twarzowa | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Medycyna pracy | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Psychiatria dzieci i młodzieży | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Choroby płuc | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Medycyna ratunkowa | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Radioterapia onkologiczna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Choroby wewnętrzne | | | | | | | | | | | | | | | **1** | | | **5** | | |  | | | Medycyna rodzinna | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Rehabilitacja medyczna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Choroby zakaźne | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Medycyna sądowa | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Reumatologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Dermatologia i wenerologia | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Medycyna sportowa | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Seksuologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Diabetologia | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Medycyna transportu | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Toksykologia kliniczna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Diagnostyka laboratoryjna | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Mikrobiologia lekarska | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Transfuzjologia kliniczna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Endokrynologia | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Nefrologia | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Transplantologia kliniczna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Epidemiologia | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Neonatologia | | | | | | | | | |  | | **7** | |  | | Urologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **1** | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Farmakologia kliniczna | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Neurochirurgia | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Zdrowie publiczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Gastroenterologia | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Neurologia | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Inna (jaka) radiologia  ................................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| B. LEKARZE STOMATOLODZY | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Specjalizacja** | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | **Specjalizacja** | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Specjalizacja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Chirurgia stomatologiczna | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Ortodoncja | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Stomatologia dziecięca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Chirurgia szczękowo-twarzowa | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Periodontologia | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Stomatologia zachowawcza z endodoncją | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Epidemiologia | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | Protetyka stomatologiczna | | | | | | | | | |  | |  | |  | | Zdrowie publiczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Inna (jaka) .................................  .................................................. | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 17. | | liczba lekarzy: | | | | z I stopniem specjalizacji | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | z II stopniem specjalizacji | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | 26 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | specjalistów | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | (tytuł uzyskany w oparciu o art. 16 ustawy o zawodzie lekarza) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Liczba lekarzy może ulec zmianie. | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 18. | | Zakład opieki zdrowotnej zatrudnia inny personel medyczny? | | | | | | | | Tak | | | | | |  | | | | | | x | | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (jeśli tak, to prosimy podać liczbę osób; np. pielęgniarka  , pomoc dentystyczna  ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | Pielęgnia - 42 Mgr Farmacji -  Mgr Farmacji – Sanitariusze – 13  ......................................................................................... .................................................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Położne – 16 Technicy Medyczni – 7 Ratownicy Medyczni – 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Mgr Rehabilitacji – Statystycy Medyczni – 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Mgr Analityki – 1 Sekretarki Medyczne – 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Liczba personelu może ulec zmianie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 19. | | Prosimy podać ilość łóżek w leczeniu szpitalnym: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 122 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 20. | | Prosimy o podanie łącznej liczby pacjentów w poprzednim roku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 4349 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 21. | | Czy zakład opieki zdrowotnej posiada regulamin działania? | | | | | | Tak | | | | | |  | | | | | | x | | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (jeśli tak, to prosimy dołączyć kopię aktualnie obowiązującego regulaminu działania) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 22. | | Prosimy wymienić rodzaj i ilość elektronicznej aparatury medycznej używanej w zakładzie opieki zdrowotnej: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 23. | | Prosimy o podanie informacji czy ZOZ posiada OIOM | | | | | | | | | | Tak | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | |  | | | | | x | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (jeśli tak, prosimy podać ilość łóżek na OIOM) | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 24. | | Prosimy o podanie czy ZOZ posiada oddział ginekologiczno-położniczy | | | | | | | | | Tak | | | | | | |  | | | | | | x | | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24.1. | | Jeśli tak, prosimy podać łączną ilość łóżek na oddziale ginekologiczno-położniczym | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 24 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 24.2. | | Prosimy o podanie ilości porodów przyjętych w poprzednim roku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 315 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 24.3. | | Czy oddział ginekologiczno-położniczy posiada inkubatory? | | | | | | | | | Tak | | | | | | |  | | | | | | x | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (jeśli tak to prosimy podać ilość inkubatorów) | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 24.4. | | Czy oddział ginekologiczno-położniczy zapewnia specjalistyczną opiekę neonatologiczną | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | (posiada respirator dziecięcy)? | | | | | | | | | Tak | | | | | | |  | | | | | | x | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24.5. | | Czy oddział ginekologiczno-położniczy posiada salę operacyjną do wykonania cięcia cesarskiego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | *w przypadku prowadzenia porodu?* | | | | | | | | | Tak | | | | | | |  | | | | | | x | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24.6. | | Czy oddział ginekologiczno-położniczy ma zapewniony 24 godzinny dyżur anestezjologiczny (anestezjolog przebywa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | w siedzibie ZOZ). | | | | | | | | | Tak | | | | | | |  | | | | | | x | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25. | | Prosimy o podanie łącznej liczby przeprowadzonych zabiegów złożonych w poprzednim roku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | w tym: zabiegi chirurgiczne --- 685 zabiegi chirurgiczne transplantacyjne --- 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | zabiegi ginekologiczno-położnicze ---233 zabiegi chirurgii plastycznej --- 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 26. | | Prosimy o podanie informacji czy w zakładzie opieki zdrowotnej wykonywane są: | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | a) zabiegi chirurgii plastycznej stosowane w celach leczniczych | | | | | | | | | | Tak | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | |  | | | | | x | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | b) zabiegi chirurgii plastycznej stosowane w celach kosmetycznych (estetycznych) | | | | | | | | | | Tak | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | |  | | | | | x | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (jeśli tak, to prosimy podać szczegóły, w szczególności ilość zabiegów przeprowadzonych w poprzednim roku, rodzaje przeprowadzanych zabiegów itp.) ................................................................................................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 27. | | Czy w ZOZ stosuje się eksperymentalne metody leczenia, rehabilitacji? | | | | | | | | | Tak | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | |  | | | | | X | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (jeśli tak, to prosimy podać szczegóły) ...................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 28. | | Czy ZOZ posiada regulamin przechowywania rzeczy powierzonych przez pacjentów na przechowanie, w związku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych? | | | | | | | | | Tak | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | |  | | | | | x | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (jeśli tak, to prosimy dołączyć kopię aktualnie obowiązującego regulaminu działania) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | (jeśli nie, to prosimy o podanie sposobu zabezpieczenia rzeczy powierzonych przez pacjentów na przechowanie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | rzeczy pacjentów zabezpiecza pracownica prowadząca magazyn rzeczy powierzonych ................................................................................................................................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | .................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 29. | | Czy ubezpieczający używa środków transportu do przewożenia chorych: | | | | | | | | | Tak | | | | | | |  | | | | | | x | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (jeśli tak, to prosimy podać ilość i rodzaj) –.................................................................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 30. | | Czy ZOZ posiada: a) aptekę szpitalną | | | | | | | | | | Tak | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | Nie | | | | | | | | | |  | | | | | X | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | b) dział farmacji szpitalnej | | | | | | | | | Tak | | | | | | | | | | | | | |  | | | | X | | | | | | | Nie | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 31. | | Prosimy podać liczbę i rodzaj posiadanych budynków, pomieszczeń, oraz określić ich stan techniczny | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | (kiedy i w jakim zakresie został przeprowadzony ostatni remont) budynek szpitala przy............................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | 1.351m2 pow. użytkowej –stan techniczny średni, bud.przy ul. Niepodległości 39 pow.700m2 stan tech. średni | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 32. | | Prosimy podać roczną ilość zakażeń szpitalnych zgłaszanych do stacji epidemiologiczno-sanitarnej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  dotyczy ostatnich 3 lat - 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |

Rodzaje działalności wykonywane przez Szpital (podlegające ubezpieczeniu) obejmują w szczególności działania prowadzone zgodnie ze Statutem oraz inne rodzaje działalności prowadzone na podstawie stosownych przepisów prawa.

**W skład Zakładu wchodzą:**

Chirurgia Ogólna, Choroby Wewnętrzne, Neonatologia, Położnictwo i Ginekologia, Izba Przyjęć, Zakład Pielęgnacyjno Opiekuńczy i Opiekuńczo Leczniczy. (*Oddział chorób wewnętrznych, Oddział ginekologiczno – położniczy, Oddział noworodkowy, Oddział chirurgiczny, Blok operacyjny, Pracownia diagnostyki laboratoryjnej, Punkt pobierania materiałów do badań, Pracownia RTG, Pracownia USG, Pracownia Holtera, Pracownia endoskopowa, Izba przyjęć, Zakład Opiekuńczo - Leczniczy*).

##### UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

**WARUNKI, JAKIE MUSZĄ SPEŁNIAĆ OFERTY**

**ZADANIE 1.**

**Odpowiedzialność cywilna z tytułu prowadzonej działalności leczniczej**

* suma gwarancyjna na jedno zdarzenie – 100 000 EUR,
* na wszystkie zdarzenia – 500 000 EUR.

Zgodnie z Rozporządzeniem MF z dnia 22.12.2011 r., w sprawie obowiązkowego

ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą(Dz. U. nr 293,

poz. 1729) ochrona ubezpieczeniowa powinna obejmować odpowiedzialność za szkody będące

następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem

zaniechania udzielenia świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy z dnia 15.04.2011

(Dz. U. nr 112, poz. 654, art. 25, ust. 5).

**ZADANIE 2**

**Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych**

Przedmiotem ubezpieczenia ma być odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego działalności leczniczej.

Zakład ubezpieczeń ma udzielić ochrony ubezpieczeniowej z tytułu odpowiedzialności cywilnej   
za szkody wyrządzone przez ubezpieczonego w zakresie:

* 1. nie objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego, lub
  2. objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego, jednak wyłącznie w zakresie szkód, które nie mogą być zaspokojone z tytułu tego obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z powodu wyczerpania sumy gwarancyjnej (**ubezpieczenie nadwyżkowe**).

Zakład ubezpieczeń ma udzielić ochrony ubezpieczeniowej w granicach odpowiedzialności ustawowej ubezpieczonego z tytułu czynu niedozwolonego (odpowiedzialność deliktowa) lub z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność kontraktowa).

Ochroną ubezpieczeniową mają być objęte także szkody wyrządzone w wyniku rażącego niedbalstwa.

Warunkiem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jest zajście wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia (niezależnie od momentu powstania lub ujawnienia się szkody) oraz zgłoszenie roszczenia z tego tytułu przed upływem terminu przedawnienia **(trriger act committed).**

Ubezpieczeniem ma być objęta odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego za szkody będące następstwem wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych **obejmować ma szkody na osobie** tj.szkody będące następstwem śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, w tym także utracone korzyści poszkodowanego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Poprzez **świadczenie zdrowotne** należy rozumieć działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów regulujących zasady ich wykonywania.

Przez **wypadek ubezpieczeniowy**należyrozumieć świadczenie zdrowotne lub niezgodne z prawem zaniechanie świadczenia zdrowotnego w wyniku którego została wyrządzona szkoda.

**Suma gwarancyjna:** na jeden i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe w okresie ubezpieczenia

wynosi 50.000,00 EUR

Zakres ubezpieczenia rozszerza się o odpowiedzialność cywilną za szkody, wyrządzone przez ubezpieczonego, który podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego w zakresie objętym tym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, jednak wyłącznie w zakresie szkód, które nie mogą być zaspokojone z tytułu tego obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z powodu wyczerpania sumy gwarancyjnej (ubezpieczenie nadwyżkowe).

**- Ryzyka dodatkowe objęte ubezpieczeniem /podlimity odpowiedzialności:**

Zamawiający wymaga, aby umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pokrywała całość niżej wymienionych szkód:

* będące następstwem przeniesienia chorób zakaźnych (w tym WZW i HIV),
* będące następstwem pobrania, przechowywania lub przetoczenia krwi bądź preparatów krwiopochodnych (OC krew),
* będące następstwem pobrania, przechowywania lub przeszczepienia komórek lub tkanek ludzkich,
* będące następstwem wady dostarczonych towarów, środków i materiałów medycznych (OC wady towarów),
* wyrządzone pacjentom będącym osobami, za które Zamawiający ponosi odpowiedzialność,
* wyrządzone przez osoby, za które - zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa - odpowiedzialność ponosi Zamawiający, w tym osoby zatrudnione na dowolnej podstawie prawnej m.in. personel kontraktowy oraz osoby nie będące pracownikami Zamawiającego, w szczególności lekarze-wolontariusze, osoby odbywające studia doktoranckie, staż, specjalizację, ćwiczenia w  ramach studiów pod nadzorem osób upoważnionych do wykonywania zawodu,
* wyrządzone pacjentom w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby, za które Zamawiający ponosi odpowiedzialność w innych placówkach służby zdrowia, gdy ze względu na awarię sprzętu w placówce Zamawiającego lub inną przyczynę zaistnieje taka konieczność,

**2/ Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody nie związane z udzielaniem świadczeń**

**zdrowotnych**

Ochrona ubezpieczeniowa powinna obejmować odpowiedzialność cywilną za szkody:

* szkoda na osobie tj. szkoda będąca następstwem śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, w tym także utracone korzyści poszkodowanego, które mógłby osiągnąć gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia,
* szkoda rzeczowa tj. szkoda będąca następstwem utraty, zniszczenia, uszkodzenia rzeczy, w tym także utracone korzyści poszkodowanego, które mógłby osiągnąć gdyby nie nastąpiła utrata, zniszczenia, uszkodzenie rzeczy.

Ochrona ubezpieczeniowa winna obejmować odpowiedzialność cywilną z tytułu czynu niedozwolonego lub z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania umownego.

Ochrona powinna obejmować szkody wyrządzone wskutek rażącego niedbalstwa.

Zakres terytorialny ubezpieczenia: Polska.

**Odpowiedzialność wykonawcy powinna opierać się na triggerze loss occurance – warunkiem odpowiedzialności wykonawcy jest zajście wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia oraz zgłoszenie roszczenia z tego tytułu przed terminem przedawnienia. Przez wypadek ubezpieczeniowy należy rozumieć śmierć, uszkodzenie ciała, doznanie rozstroju zdrowia, zniszczenie, uszkodzenie rzeczy.**

**- Ryzyka dodatkowe objęte ubezpieczeniem /podlimity odpowiedzialności:**

Zamawiający wymaga, aby umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pokrywała całość niżej wymienionych szkód:

* wyrządzone przez osoby, za które - zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa - odpowiedzialność ponosi Zamawiający, w tym osoby zatrudnione na dowolnej podstawie prawnej m.in. personel kontraktowy oraz osoby nie będące pracownikami Zamawiającego, w szczególności lekarze-wolontariusze, osoby odbywające studia doktoranckie, staż, specjalizację, ćwiczenia w  ramach studiów pod nadzorem osób upoważnionych do wykonywania zawodu,
* poniesione przez pracowników lub współpracowników Zamawiającego niezależne od formy zatrudnienia / współpracy, w  tym odpowiedzialność za szkody wyrządzone wolontariuszom, osobom odbywającym studia doktoranckie, staż, specjalizację, ćwiczenia w ramach studiów; w tym odpowiedzialność za szkody rzeczowe (utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia), z włączeniem odpowiedzialności deliktowej za pojazdy pracowników znajdujące się na miejscach postojowych dla pracowników (OC pracodawcy)
* powstałe przy wykonywaniu przez Zamawiającego zadań o charakterze zarządczym, organizacyjnym lub administracyjnym, w szczególności związanych z zarządzaniem zakładem opieki zdrowotnej oraz prowadzeniem działalności,
* powstałe w następstwie awarii, działania oraz eksploatacji urządzeń wodociągowych kanalizacyjnych i centralnego ogrzewania

1. **Klauzule dodatkowe:**

Do umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej będą mieć zastosowanie klauzule dodatkowe:

1. Klauzula początku ochrony ubezpieczeniowej,
2. Klauzula stempla pocztowego,
3. Klauzula zgłaszania szkód,
4. Klauzula opóźnienia w płatności składki lub pierwszej raty,
5. Klauzula potrącania rat.

**Klauzule dodatkowe nie mają zastosowania do obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą**

1. **Suma gwarancyjna:**

Suma gwarancyjna na jeden i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe w okresie ubezpieczenia wynosi 200.000,00 zł.

Dopuszczalne podlimity:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Ryzyko | Podlimit w PLN |
| 1 | Szkody wyrządzone przez produkt (szkody związane z żywieniem) | 50.000,00 |
| 3 | OC pracodawcy | 200.000,00 |

1. **Franszyzy, udział własny**

Zamawiający dopuszcza przedstawienia oferty ubezpieczenia z zastosowaniem **wyłącznie jednego** elementu redukującego odszkodowanie spośród:

* franszyzy redukcyjnej; brak
* franszyzy integralnej; brak
* udziału własne**;** brak

**Zadanie 3.**

**UBEZPIECZENIE NA RZECZ PACJENTÓW ZAMAWIAJĄCEGO Z TYT. ZDARZEŃ MEDYCZNYCH**

**Przedmiot i zakres ubezpieczenia:**

Zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dnia 10 luty 2012 ubezpieczenie obejmuje zdarzenia medyczne w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112, poz. 654) i określone w ustawie z dnia 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 Nr 52, poz. 417 z późniejszymi zmianami), które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

* suma gwarancyjna na jedno zdarzenie – 100 000 PLN w przypadku zakażenia chorobotwórczym czynnikiem biologicznym lub rozstroju zdrowia,
* 300 000 PLN w przypadku zgonu pacjenta z powodów jak wyżej,
* na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia – 1 200 000 PLN.

- udział własny: brak

- franszyza integralna: brak

- franszyza redukcyjna: brak

**ZASTRZEŻENIA DOTYCZĄCE SKŁADKI – DOTYCZY WSZYSTKICH zadań**

**Płatność składki:** **składka płatna przelewem, w czterech równych ratach kwartalnych, pierwsza rata w terminie do 30 kwietnia 2012 r.,** Ubezpieczyciel nie będzie stosował taryf wynikających z tabel frakcyjnych w stosunku do mienia ubezpieczanego na okres krótszy niż rok, w przypadku doubezpieczenia mienia lub wyrównywania okresów ubezpieczenia.

* Do wszystkich ryzyk dla okresów ubezpieczenia innych niż rok stosuje się zasadę naliczania składki proporcjonalnie do okresu ubezpieczenia.
* Ubezpieczyciel wyraża zgodę na zmiany dotyczące wartości ubezpieczanego mienia w stosunku do wartości podanych w SIWZ w momencie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przy zachowaniu zakresu ubezpieczenia i stawek taryfowych wynikających z przedłożonej oferty.
* W zakresie doubezpieczeń / uzupełnień sum ubezpieczenia zastosowanie będą miały stawki zaproponowane w ofercie.

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć wykonawcy) | OFERTA |

**PRZYSTĘPUJĄC do wzięcia udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzone w trybie PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO NA UBEZPIECZENIA odpowiedzialności cywilnej szpitala powiatowego w gryfinie sp. z o.o.**

OFERUJEMY wykonanie przedmiotu zamówienia:

- za cenę brutto za okres 12 miesięcy brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

(słownie złotych: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

- za cenę brutto za cały okres ubezpieczenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

(słownie złotych: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

według poniższego podziału:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej** | | | | |
| OC działalności leczniczej | Zgodnie z SIWZ zadanie 1 |  |  |  |
| OC dobrowolne | Zgodnie z SIWZ zadanie 2 |  |  |  |
| OC zdarzeń medycznych | Zgodnie z SIWZ zadanie 3 |  |  |  |

1. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
2. UWAŻAMY się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, czyli przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. OFERTĘ niniejszą składamy na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.
4. ZAŁĄCZNIKAMI do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są:

1)

2)

3)

4)

dn.

(podpis upełnomocnionego przedstawiciela wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**na podstawie art. 44 w związku z art. 22 ustawy Prawa zamówień publicznych**

Ja

reprezentując firmę

jako (stanowisko)

upoważniony przez

**SKŁADAJĄC OFERTĘ W POSTĘPOWANIU PROWADZONYM W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO NA UBEZPIECZENIA MIENIA ORAZ ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ SZPITALA POWIATOWEGO W GRYFINIE SP. Z O.O. OŚWIADCZAMY, ŻE:**

1. Jesteśmy uprawnieni do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
2. Posiadamy uprawnienia niezbędne do wykonania określonych w dokumentacji przetargowej prac lub czynności.
3. Dysponujemy niezbędną wiedzą i doświadczeniem, oraz potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia lub *przedstawiamy/ nie przedstawiamy*\* pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia.
4. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia tj.
   * 1. Firma znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia i posiada pokrycie marginesu wypłacalności środkami własnymi na poziomie powyżej 100%.
     2. Wskaźnik pokrycia marginesu wypłacalności środkami własnymi wg stanu na dzień 30.06.2011. wynosił \_\_\_\_\_\_\_\_ %.
     3. Firma posiada kapitały własne w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł na dzień 30.06.2011.

miejscowość, data */ podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

*\*niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 4**

**Oświadczenie wykonawcy na podstawie art. 24 pzp**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć wykonawcy)* | **OŚWIADCZENIE NA PODSTAWIE ART. 24 pzp** |

**SKŁADAJĄC OFERTĘ W POSTĘPOWANIU PROWADZONYM W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO NA UBEZPIECZENIA MIENIA ORAZ ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ SZPITALA POWIATOWEGO W GRYFINIE SP. Z O.O. OŚWIADCZAMY, ŻE:**

Nie podlegamy wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 i 2 ustawy.

1. Oświadczam, że złożyliśmy prawdziwe informacje mające wpływ na wynik prowadzonego postępowania

dn.

*(podpis upełnomocnionego przedstawiciela wykonawcy)*

*\*niepotrzebne skreślić*