**Opis przedmiotu zamówienia:**

1. Przedmiotem zamówienia jest zapewnienie realizacji postanowienia sądowego   
   o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby, o której mowa w art. 29 ust. 1 bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
2. Na przedmiot zamówienia składa się realizacja zlecenia na transport medyczny wystawionego na podstawie postanowienia sądowego w sprawie umieszczenia   
   w szpitalu psychiatrycznym bez zgody osoby chorej. Transport realizowany będzie dla pacjentów z terenu powiatu bełchatowskiego do Szpitala Wojewódzkiego   
   im. Jana Pawła II w Bełchatowie.
3. Wykonawca zobowiązuje się wykonywać przedmiot zamówienia do dnia 31 grudnia 2018 roku.
4. Wykonawca zobowiązuje się, że przedmiot zamówienia będzie wykonywany   
   z wykorzystaniem karetki z zespołem transportu medycznego z lekarzem (karetka spoza systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne).
5. Zlecenia na transport medyczny będą sporządzane i przekazywane przez Zamawiającego odrębnie dla każdego postanowienia sądowego.
6. Koszt realizacji zlecenia na transport medyczny wyliczony będzie na podstawie:
   1. liczby faktycznie przejechanych kilometrów, pomnożonych przez stawkę za każdy przejechany kilometr, równą ……….. złotych brutto,
   2. godzin pracy zespołu transportu medycznego z lekarzem, pomnożonych przez stawkę za każdą godzinę, równą ………… złotych brutto.
7. Zamawiający każdorazowo określi w zleceniu na transport medyczny maksymalny koszt realizacji przedmiotowego zlecenia na transport medyczny.
8. Szczegółowy sposób realizacji zadania, o którym mowa w pkt 1 określa załącznik nr 1 do niniejszego zapytania „Wzór zlecenia na transport medyczny”.
9. Wykonawca zobowiązuje się do realizacji zlecenia na transport medyczny bez zbędnej zwłoki, w możliwym do zrealizowania terminie po otrzymaniu zlecenia   
   na transport medyczny oraz kopi postanowienia sądowego.
10. Wykonawca w miarę potrzeb skontaktuje się z innymi służbami (np. Policją) w celu sprawnej realizacji zlecenia.
11. Podstawą wynagrodzenia jest cena jednostkowa brutto za godzinę pracy zespołu transportu medycznego i cena za jeden przejechany kilometr brutto.
12. Za wykonane zlecenie Wykonawca wystawi fakturę dla Województwa Łódzkiego.

Należność za wykonane zlecenie zostanie zapłacona przelewem na konto Wykonawcy wskazane na fakturze, w ciągu 14 dni roboczych od daty doręczenia   
do siedziby Zamawiającego poprawnie wystawionej faktury. Za datę zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.

1. Do faktury Wykonawca dołączy rozliczenie transportu sporządzone zgodnie   
   z załącznikiem do zlecenia, którego wzór określony jest w załączniku nr 1   
   do niniejszego zapytania.

**Termin wykonania zamówienia:**

Od daty wyłonienia Wykonawcy do dnia 31 grudnia 2018 roku.

**Miejsce wykonania zamówienia**:

Powiat bełchatowski.

**Warunki udziału w zapytaniu:**

Warunki udziału w zapytaniu znajdują się w załączeniu.

**Wymagane oświadczenie i dokumenty:**

1. Oświadczenia określone w załączniku nr 2 do niniejszego zapytania.
2. Pisemna zgoda Wykonawcy na realizację przedmiotu zamówienia w 2018 roku.
3. W przypadku Wykonawców wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej: kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający określenie zasad reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie sposobu reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności.
4. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
5. Kserokopię polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania. W przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie 2018 roku należy również dołączyć zobowiązanie Wykonawcy do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

**Kserokopie dokumentów** muszą być na każdej stronie potwierdzone za zgodność   
z oryginałem oraz czytelnie podpisane (lub zawierać podpis/-y i pieczątkę/-ki) przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentowania Wykonawcy oraz składania oświadczeń woli w jego imieniu.

**Kryteria oceny ofert:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lit.** | **Kryteria podstawowe:** | **Maksymalna liczba pkt (LP)** |
| a | Cena brutto za godzinę pracy zespołu transportu medycznego **(C1)** | **50** |
| b | Cena brutto za jeden przejechany kilometr **(C2)** | **50** |
| **Razem** | | **100** |

**LP (liczba punktów) = LC1+LC2**

**Ad. a)** Cena brutto za godzinę pracy zespołu transportu medycznego **(C1),**

**LC1= (C1 min /C1) \* 50**

LC1 – liczba punktów przyznanych za cenę brutto za godzinę pracy zespołu transportu medycznego

C1 min**–** minimalna cena brutto za godzinę pracy zespołu transportu medycznego z ofert

C1 – cena brutto za godzinę pracy zespołu transportu medycznego   
w danej ofercie

**Ad. b)** Cena brutto za jeden przejechany kilometr **(C2),**

**LC2= (C2 min /C2) \* 50**

LC2 – liczba punktów przyznanych za cenę brutto za jeden przejechany kilometr

C2 min**–** minimalna cena brutto za jeden przejechany kilometr z ofert

C2 – cena brutto za jeden przejechany kilometr w danej ofercie

**Kryteria oceny ofert inne:**

Brak

**Termin składania ofert**: 13.02.2018 r., godz. 16.00