**Извещение**

**о проведении запроса котировок по определению организации для заключения муниципального контракта для оказания услуг по проведению лабораторно диагностических исследований крови для нужд МУЗ «Городищенская ЦРБ»**

**26.07.2010**

 *Уполномоченный орган***:** Комитет экономики администрации Городищенского муниципального района Волгоградской области.

 *Адрес*: 403003, Волгоградская область, Городищенский район, р.п. Городище, пл. 40 лет Сталинградской битвы, д.1, телефон для справок - (84468)3-41-48

 *Заказчик*: Муниципальное Учреждение Здравоохранения «Городищенская ЦРБ».

 *Адрес*:403003, Волгоградская область, р.п. Городище, пл. Павших Борцов, 4; тел- (8-84468) 5-16-64, 5-11-05, e-mail: yliana\_pl@mail.ru

 *Источник финансирования*: средства обязательного медицинского страхования.

 *Место оказания услуг*:Волгоградская область, р.п. Городище, пл. Павших Борцов, 4 – МУЗ «Городищенская ЦРБ».

 *Срок оказания услуг*:3 квартал 2010 года.

 *Наименование услуги*:лабораторные исследования крови. В соответствии с техническим заданием.

 *Максимальная цена контракта*: 500 000 (пятьсот тысяч) рублей из средств ОМС, цена контракта включает все расходы на проведение исследований, оформление протоколов исследования, страхование, уплату таможенных пошлин, налогов и других обязательных платежей необходимых для проведения данных видов исследований.

 ***Место подачи котировочных заявок, срок их подачи, дата и время окончания срока подачи котировочных заявок*:** Котировочные заявки принимаются по адресу уполномоченного органа (каб. 112*)* ***с 08:00*** часов ***27 июля 2010г. до 15.00 часов 04 августа 2010г.*** Котировочные заявки рассматриваются комиссией ***05 августа 2010г. в 11:00 часов***. Форма котировочной заявки прилагается.

 *Срок и условия оплаты заказа*:оплата осуществляется в форме безналичного расчета, по факту оказания услуг, согласно выставленным счетам и актам оказанных услуг по мере поступления денежных средств на данную статью расхода.

 *Срок подписания контракта***:** не ранее чем через семь дней со дня размещения на официальном сайте протокола рассмотрения и оценки котировочных заявок и не позднее чем через двадцать дней со дня подписания указанного протокола.

**техническое задание**

1. **Наименование выполняемых услуг:** лабораторно – диагностические исследования.
2. **Место оказание услуг:** Забор материалов осуществляется Заказчиком на базе лечебного учреждения МУЗ "Городищенская ЦРБ" пл. Павших Борцов д. 4, с последующей передачей биоматериалов в адрес расположения лабораторного комплекса Исполнителя.
3. **Сроки (периоды) оказания услуг**: 3 квартал *2010 года.*

**4. Условия поставки и требования к товарам:** Оказание услуг осуществляется партиями на основании заявок Заказчика, на базе лабораторного комплекса Исполнителя. Оказание услуг должно проводится с использованием новейших материалов по современным технологиям и соответствовать уровню развития медицины. Каждая партия оказанных услуг оформляется актом выполненных работ и счет-фактурами.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Наименование исследования** | **Количество исследований** |
| **1** | Исследование крови на РИТ | 1200 |
| **2** | Исследование крови на РИФ | 1200 |
| **3** | Определение НВs-антигена вируса Гепатита В методом ИФА | 1800 |
| **4** | Определение АТ к вирусу Гепатита С методом ИФА | 1800 |
| **5** | Определение НВs-антигена вируса Гепатита В методом ИФА (подтверждающий) | 50 |
| **6** | Определение АТ к вирусу Гепатита С методом ИФА (подтверждающий) | 50 |
| **7** | Исследование крови на реакцию Вассермана, на сифилис экспрес-методом | 6000 |

Проект

МУНИЦИПАЛЬНЫЙ КОНТРАКТ № \_\_\_\_\_

на оказание услуг по проведению лабораторно-диагностических

исследований в системе ОМС

р.п. Городище « » 2010 г.

**«Заказчик»** **МУЗ «Городищенская ЦРБ»** в лице главного врача **Гордеевой Марии Федоровны**, действующего на основании **Устава,** с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­ именуемый в дальнейшем **«Исполнитель»** в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с другой стороны, вместе именуемые **«Стороны»**, на основании результатов запроса котировок цен на оказание услуг, заключили настоящий муниципальный контракт, (далее именуемый «Контракт») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ КОНТРАКТА

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства по **проведению лабораторно - диагностических исследований** согласно Приложению № 1 к настоящему договору пациентам Заказчика, имеющих полис обязательного медицинского страхования, а Заказчик обязуется принять и оплатить эти услуги на условиях настоящего контракта.

1.2. Срок выполнения работ (оказания услуг) с момента подписания настоящего контракта **до « 30 » сентября 2010 года.**

1.3. Настоящий контракт заключен от имени Городищенского муниципального района.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ

2.1. Выполненные работы (оказанные услуги) оплачиваются по ценам протокола рассмотрения котировочных заявок на размещение муниципального заказа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подписанного членами единой комиссии.

2.2. Стоимость услуг по данному контракту составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **рублей (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) из средств ОМС.**

2.3. Расчеты производятся на основании счетов-фактур, акта выполненных работ выставляемых
Исполнителем Заказчику.

2.4. Счета-фактуры и акты выполненных работ выставляются ежемесячно, за фактическое количество
проведенных исследований в соответствии с действующим Перечнем тарифов для взаиморасчетов между
медицинскими учреждениями в системе ОМС Волгоградской области на момент постановки реакции.

2.5. Оплата счетов-фактур производится Заказчиком путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в течение 10 дней после получения счета-фактуры.

2.6. Источник оплаты - средства ОМС, полученные Заказчиком за оказанные медицинские услуги.

З. ОБЯЗАННОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан обеспечивать качественное и своевременное проведение диагностических исследований. При результате: гемолиз Заказчик привозит анализ повторно, при результате: хилезная Заказчик привозит анализы повторно и Исполнитель проводит исследования, при результате: сомнительно Заказчик привозит анализ повторно из вены и Исполнитель проводит исследования. Во всех случаях привоза анализов повторно Заказчик отражает это письменно: Повторно гемолиз (хилезная, сомнительно).

3.2. Заказчик обязан своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные Исполнителем услуги.

3.3. Меры ответственности сторон, не предусмотренные в настоящем контракте, применяются в соответствии с нормами гражданского законодательства, действующего на территории РФ.

3.4. Поступающий в лабораторию материал на ВИЧ и гепатиты должен сопровождаться грамотно заполненным направлением:

Код указывать согласно утвержденным регламентирующим документом. При направлении крови на гепатиты «В», «С»,

- Учреждение - отправитель

* Ф.И.О. (полностью, а не только инициалы)
* Возраст (число, месяц, год рождения, количество полных лет)
* Адрес проживания
* Место прописки - паспортные данные
* Дата забора крови
* Дата отправки крови
* Ф.И.О. медицинской сестры, взявшей кровь (разборчиво)
* Обязательно в правом верхнем углу сопроводительного бланка указать **03,** что соответствует договору взаиморасчетов в системе ОМС.

4. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

4.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему контракту, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего контракта (пожар, наводнение, землетрясение и все другие форс-мажорные обстоятельства).

4.2. При наступлении, указанных в п. 4.1, обстоятельств, сторона, для которой наступили эти обстоятельства, должна немедленно известить другую сторону.

5. УВЕДОМЛЕНИЯ И СООБЩЕНИЯ

5.1. Все уведомления и сообщения направленные сторонами в связи с исполнением настоящего контракта должны быть сделаны в письменной форме.

5.2. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих адресатов и реквизитов.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ КОНТРАКТА

6.1. Настоящий контракт, вступает в силу с момента подписания и действует **до « 30 » сентября 2010 года**, в отношении расчетов до полного исполнения расчетных обязательств.

6.2. Настоящий контракт может быть изменен только по письменному соглашению сторон.

6.З. Контракт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру каждой из сторон.

6.4. Споры по настоящему договору не урегулированные в претензионном порядке подлежат рассмотрению в Арбитражном суде Волгоградской области.

**7. ЮРИДИЧЕСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И АДРЕСА СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Заказчик:****МУЗ Городищенская ЦРБ**403003, Волгоградская обл., р.п. Городище, пл. Павших Борцов 4,ИНН 3403301221 КПП 340301001 ОГРН 1023405361671**Из средств ОМС**Р/сч 40404810511110030004 в Волгоградском ОСБ 8621 р.п. Городище Отд. СБ РФ № 8303 Городищенское БИК 041806647 К/с 30101810100000000647 тел. (84468) 3-15-03, 3-52-13**Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гордеева М.Ф.** М.П. | **Исполнитель:**  **Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** М.П. |

Приложение № 1

к муниципальному контракту № \_\_\_\_

от « » 2010 г.

**СПЕЦИФИКАЦИЯ**

 По источнику финансирования ОМС

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Наименование исследования** | **Количество исследований****(анализов)** | **Цена за единицу** | **Сумма** |
| **1** | Исследование крови на РИТ | 1200 |  |  |
| **2** | Исследование крови на РИФ | 1200 |  |  |
| **3** | Определение НВs-антигена вируса Гепатита В методом ИФА | 1800 |  |  |
| **4** | Определение АТ к вирусу Гепатита С методом ИФА | 1800 |  |  |
| **5** | Определение НВs-антигена вируса Гепатита В методом ИФА (подтверждающий) | 50 |  |  |
| **6** | Определение АТ к вирусу Гепатита С методом ИФА (подтверждающий) | 50 |  |  |
| **7** | Исследование крови на реакцию Вассермана, на сифилис экспресс-методом | 6000 |  |  |
|  | **ИТОГО:** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Заказчик:****МУЗ Городищенская ЦРБ****Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гордеева М.Ф.** М.П. | **Исполнитель:**  **Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** М.П. |

**Форма котировочной заявки Приложение**

|  |
| --- |
| **В уполномоченный орган**  |

дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_2010 г.

**Котировочная заявка**

**на право заключения муниципального контракта**

на оказание услуг по лабораторно-диагностическим исследованиям крови для нужд Муниципального учреждения здравоохранения «Городищенская ЦРБ»

От: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(полное наименование юридического лица / ФИО физического лица)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(место нахождения юр.лица / место жительства физ.лица)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Телефон / факс **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ИНН/КПП **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Банковские реквизиты:**

|  |  |
| --- | --- |
| ИНН/КПП |  |
| ОГРН |  |
| Р/С |  |
| Кор/с |  |
| Наименование банка |  |
| БИК |  |

 **Изучив извещение о проведении запроса котировок на право заключения муниципального контракта на оказание услуг по лабораторно-диагностическим исследованиям крови для нужд Муниципального учреждения здравоохранения «Городищенская ЦРБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(наименование участника размещения заказа)*

сообщает о своем согласии принять участие в размещении данного муниципального заказа и предлагает оказать обозначенные в извещении о проведении запроса котировок услуги в полном объеме

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Наименование** | **Количество анализов** | **Цена за еденицу** | **Стоимость. Руб.** |
| 1 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
| n |  |  |  |  |

на общую сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***(указать сумму цифрами и прописью, указать размер и ставку НДС.)***

и на условиях, предусмотренных извещением о проведении запроса котировок.

В цену контракта включены все расходы на проведение исследований, оформление протоколов исследования, страхование, уплату таможенных пошлин, налогов (в т.ч. НДС), сборов и других обязательных платежей.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность) (подпись) (Ф.И.О.)

 М.П.