

## OGŁOSZENIE O KONKURSIE OFERT

### SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MARSZAŁKA JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO, UL. HENRYKA SIENKIEWICZA 7, 09-100 PŁOŃSK

na podstawie umowy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 295 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.)

#### OGŁASZA KONKURS

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego**

#### 1. Przedmiot konkursu

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego.

Planowany termin rozpoczęcia udzielenia świadczeń: wrzesień 2020 roku.

Czas trwania umowy: 24 miesiące.

#### 2. Miejsce i termin, składania ofert

**Ofertę należy złożyć w Sekretariacie (budynek administracyjny, parter) Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku, ul. Henryka Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk w trwale zamkniętej kopercie, w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści oraz zabezpieczający jej nienaruszalność do terminu składania ofert i oznaczyć napisem „Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych”. **Ofertę należy złożyć do dnia 27.08.2020 r. do godz. 10:00.****

Oferty, które nie spełniają określonych warunków lub zgłoszono je po terminie zostaną odrzucone. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od dnia terminu składania ofert.

3. Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert stanowi Załącznik do niniejszego ogłoszenia.

4. Zamawiający w szczególnie uzasadnionych przypadkach, zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści warunków Konkursu. W przypadku wprowadzenia takiej zmiany, informacja o tym zostanie niezwłocznie umieszczona na stronie internetowej Zamawiającego.

**ZAMAWIAJĄCY**

p.o. **DYREKTORA**  
Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej  
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

  
**lek. Marcin Ozdarski**