



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie

08-400 Garwolin, ul. Lubelska 50

Centrala: tel. 25 / 684 47 00 Sekretariat: tel. 25 / 684 49 49, fax 25 / 684 37 08
spzozgarwolin@spzozgarwolin.pl www.spzozgarwolin.pl

NIP: 826-17-76-028 REGON: 712353954 KRS: 0000052483 Nr rachunku bankowego 92 1240 2728 1111 0000 3979 5717

Szpital: 08-400 Garwolin, ul. Lubelska 50 Przychodnia: 08-400 Garwolin, ul. Staszica 18

10.06.2026 r.

OGŁOSZENIE

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Garwolinie przy ul. Lubelskiej 50 działając w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.

U. z 2026 r. poz. 156 z późn.zm.) jako **Udzielający zamówienia** o g ł a s z a

k o n k u r s o f e r t

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych

Szczegółowy wykaz badań został określony w Załączniku do Ogłoszenia .

Umowa na wykonywanie badań zostanie zawarta na okres od dnia 01.07.2026 r. do 30.06.2030 r.

Szczegółowe warunki konkursu ofert są dostępne na stronie www.spzozgarwolin.pl

Informacji związanych z konkursem można uzyskać pod numerem telefonu (25) 68 44 762

Oferty należy składać w zamkniętych kopertach lub opakowaniach. Koperta powinna być zaadresowana:

**Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Garwolinie
ul. Lubelska 50**

08-400 Garwolin opatrzona napisem:

Konkurs ofert na wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych

Termin i miejsce składania ofert do dnia **18 czerwca 2026 roku, godz. 13⁰⁰**, w sekretariacie SPZOZ w Garwolinie.

Otwarcie ofert nastąpi w dniu 18 czerwca 2026r. godz.14.

Rozstrzygnięciu konkursu ofert nastąpi do 30 dni od dnia otwarcia ofert.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert.

Krzysztof Jan Żochowski
DYREKTOR

Krzysztof Żochowski

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie
ul. Lubelska 50, 08-400 Garwolin

10.06.2026r.

FORMULARZ ASORTYMENTOWO _ CENOWY

	Badania	Ilość badań	cena	wartość	czas oczekiwania na wynik			
					do 3 tyg.	powyżej 3 tyg.	2 razy w tyg.	3 razy w tyg. 4 razy w tyg.
1.	Drobny materiał tkankowy	4200						
2.	Duży materiał pooperacyjny nieonkologiczny	120						
3.	Duży materiał pooperacyjny onkologiczny	20						
4.	Mały materiał pozabiegowy	670						
5.	Bjopsja cienkoigłowa	75						
6.	Bjopsja Gruboigłowa	20						
7.	Badanie cytologiczne ginekologiczne	1864						
8.	Barwienie immunohistochemiczne	700						

DYREKTOR
Krzysztof Żochowski

.....
miejsowość ,data

Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Garwolinie

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych okresie od 1 lipca 2026 do 30 czerwca 2030 r. na rzecz SPZOZ w Garwolinie

Nazwa podmiotu leczniczego

Adres podmiotu.....

NIP*.....

REGON*.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą o którym mowa w art. 100 i 106 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej....., prowadzonym przez

Dane dotyczące wpisu do właściwego rejestru związanego z prowadzeniem działalności gospodarczej*, tj.: nazwa rejestru,
prowadzonego przez**,
numer wpisu**

Osoba uprawniona do złożenia i podpisania oferty w imieniu podmiotu***

*w przypadku spółki cywilnej należy podać numery i dane każdego ze współników. W przypadku braku miejsca dane można umieścić w formie załącznika do oferty. Do oferty należy dołączyć kopie dokumentów dla każdego współnika.

** - nie dotyczy podmiotów potwierdzających prowadzenie działalności gospodarczej wydrukiem z CEIDG.

***zgodnie z pkt.7 działu VI Szczegółowych warunków konkursu ofert

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursów ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w swojej siedzibie
w.....
.....
.....
.....
(nazwa i adres komórki organizacyjnej /komórek organizacyjnych, w której/ych wykonywane będą świadczenia)
3. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC).
4. Przy realizacji świadczeń zatrudniać będzie personel medyczny w liczbie i kwalifikacjach wskazanych w załączniku do oferty.
5. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wykorzystywać będzie sprzęt medyczny dopuszczony do używania w jednostkach ochrony zdrowia w świetle aktualnych przepisów.
6. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem stosować będzie wyroby medyczne dopuszczony do używania w jednostkach ochrony zdrowia w świetle aktualnych przepisów.
7. Materiał do badań będzie odbieranyrazy w tygodniu w umówione dni,
8. Wyniki badań będą dostarczane do siedziby Udzielającego zamówienie w terminiedni od dnia odebrania materiału do badań.
9. Wartość oferty

Wartość brutto oferty	
------------------------------	--

Słownie wartość oferty brutto:
..... PLN

10. Oferent podaje adres mailowy do kontaktu -

ZAŁĄCZNIKI:

1.
2.

i następane

Uwaga: należy oznaczyć i wymienić wszystkie załączniki, zgodnie z wymogami wskazanymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert

.....
(podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ych do podpisania i złożenia oferty)