

Numer postępowania: DZp.380.2.17.2018.DGt.400

FORMULARZ OFERTY

SP ZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
ul. Gliwicka 33, 44 - 201 Rybnik
Numer telefonu: 32/43-28-100 lub 43-28-298, Numer faksu: 32/42-26-875
Adres e-mail: szpital@psychiatria.com lub sekretariat@psychiatria.com
Strona internetowa: <http://www.psychiatria.com>

~~Postępowanie o udzielenie zamówienia o wartości przekraczającej 10 000,00 PLN i nieprzekraczającej kwoty 30 000,00 PLN / o wartości przekraczającej 30 000,00 PLN i nieprzekraczającej równowartości kwoty 30 000 euro wyrażonej w złotych¹, na podstawie §7a / § 8 WRUZ / na podstawie art. 26 ust. 4a ustawy o działalności leczniczej oraz § 8 WRUZ²~~

~~--- WYPEŁNIA ZAMAWIAJĄCY/UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA* ---~~

I. NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA: *Usługa doradcza polegająca na rozliczaniu, sprawowaniu opieki i kontroli nad projektem pn.: „Kompleksowa poprawa warunków oraz bezpieczeństwa i higieny pracy personelu SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku z uwzględnieniem działań szkoleniowych” w ramach realizacji projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny) dla osi priorytetowej: VIII. Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy; dla działania: 8.3. Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy; dla poddziałania: 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs (nr naboru RPSL.08.03.02-IZ.01-24-195/17).*

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera: Formularz asortymentowo - cenowy (Załącznik nr 1 do Formularza oferty) i Projekt Umowy (Załącznik nr 2 do Formularza oferty).

II. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA: od dnia 01.10.2018r. do dnia 30.09.2019r. (12 miesięcy)

III. WARUNKI PŁATNOŚCI:

1. Termin płatności: 60 dni, licząc od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej (pod względem merytorycznym i formalnym) faktury Zamawiającemu.
2. Opóźnienie przez Zamawiającego w terminie płatności nie większe niż 90 dni kalendarzowych nie daje Wykonawcy prawa do powstrzymania się z wykonywaniem ~~usług~~/dostaw* objętych zleceniem podpisanym z wybranym Wykonawcą.

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Ofertę należy złożyć w terminie do dnia **24.08.2018 r.** do godz. 9:30 w siedzibie Zamawiającego/~~Udzielającego zamówienia*~~, w budynku Administracji, w Biurze Pracownika ds. Zamówień publicznych (II piętro) - pokój nr 17 - na piśmie/faksem pod nr 32/43-28-169 lub 32/42-26-875/drogą elektroniczną na adres: zam.publiczne@psychiatria.com.
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **24.08.2018 r.** o godz. 10:00 w siedzibie Zamawiającego/~~Udzielającego zamówienia*~~, w budynku Administracji, w Biurze Pracownika ds. Zamówień publicznych (II piętro) - pokój nr 17.
3. UWAGA: Oferta niepodpisana i nieopieczętowana przez upoważnionego/ych przedstawiciela/i Wykonawcy/Przyjmującego zamówienie* zostanie odrzucona.
4. Oferta winna zostać sporządzona w języku polskim, czytelnie.
5. Oferta winna obejmować całość zamówienia.

¹ Niepotrzebne skreślić

² Niepotrzebne skreślić

6. W celu złożenia oferty o treści spełniającej warunki postępowania, Zamawiający/~~Udzielający zamówienia*~~ zaleca, aby Wykonawcy/~~Przyjmujący zamówienie*~~ na bieżąco monitorowali zmiany dotyczące postępowania.

V. OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunek udziału w postępowaniu dotyczący zdolności technicznej lub zawodowej. Zamawiający uzna w/w warunek za spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, że w okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert, wykonał należycie co najmniej 2 usługi polegające na rozliczeniu min. 2 projektów RPO o wartości dotacji min. 500.000,00 zł każdy.

VI. WYMAGANE DOKUMENTY:

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.
2. Wypełniony Formularz oferty.
3. Wypełniony Formularz asortymentowo - cenowy (Załącznik nr 1 do Formularza oferty).
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy/~~Przyjmującego zamówienie*~~ w postępowaniu, w przypadku, gdy upoważnienie do podpisania oferty nie wynika bezpośrednio ze złożonego w ofercie odpisu z właściwego rejestru albo centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej. Pełnomocnictwo powinno być przedstawione w oryginale lub kopii poświadczonej notarialnie.

VII. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY:

1. Maksymalne łączne ceny netto i brutto zostaną wskazane przez Wykonawcę/~~Przyjmującego zamówienie*~~ w Formularzu oferty.
2. Wykonawca/~~Przyjmujący zamówienie*~~ w Formularzu asortymentowo - cenowym wskaże cenę jednostkową netto dla wyszczególnionej pozycji asortymentowej, ceny łączne netto i brutto dla wyszczególnionej pozycji asortymentowej oraz łączne ceny netto i brutto stanowiące sumy cen łącznych netto i brutto dla wyszczególnionej pozycji asortymentowej.
3. Podana w Formularzu oferty cena musi być wyrażona w PLN liczbowo i słownie, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Cena musi uwzględniać wszystkie wymagania Zamawiającego/~~Udzielającego zamówienia*~~ wynikające z Zapytania ofertowego, w tym w szczególności z opisu przedmiotu zamówienia oraz obejmować wszelkie koszty, jakie poniesie Wykonawca/~~Przyjmujący zamówienie*~~ z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia.
4. Sposób zapłaty i rozliczenia za realizację zamówienia zostały określone w Projekcie Umowy (Załączniku nr 2 do Formularza oferty).
5. Podana cena jest obowiązująca przez cały okres trwania umowy podpisanej z wybranym Wykonawcą/~~Przyjmującym zamówienie*~~ i nie będzie podlegała waloryzacji.
6. Strony dopuszczają możliwość zmiany ceny brutto za wykonanie przedmiotu umowy wyłącznie w przypadku zmiany ustawowej stawki podatku VAT, na podstawie pisemnego aneksu do zlecenia pod rygorem nieważności.

VIII. KRYTERIUM/~~KRYTERIA*~~ OCENY OFERT:

Kryterium: Cena Waga: 100%

IX. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI / ~~PRZYJMUJĄCYMI ZAMÓWIENIE*~~:

1. W zakresie procedury: Ewelina Górniak-Gradzińska tel. 32/62-18-459.
2. W zakresie przedmiotu zamówienia: Aleksander Stec tel. 32/43-28-161.

X. INFORMACJA ZAMAWIAJĄCEGO/~~UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA*~~:

Dotyczy zapytania ofertowego z ogłoszeniem/~~bez ogłoszenia*~~:

1. Zamawiający informuje, iż unieważni niniejsze postępowanie jeżeli:
 - 1) na dzień otwarcia ofert nie wpłynie żadna oferta**;

- 2) cena najkorzystniejszej oferty lub oferta z najniższą ceną przewyższa kwotę, którą Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia, chyba że Zamawiający może zwiększyć tę kwotę do ceny najkorzystniejszej oferty;
- 3) wystąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub wykonanie zamówienia nie leży w interesie publicznym, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

** W przypadku unieważnienia postępowania w sytuacji, o której mowa w pkt. X.1.1) Formularza oferty, Dyrektor może podpisać umowę z Wykonawcą, który wyrazi chęć podpisania zlecenia, bez przeprowadzenia postępowania, spełniającego wymagania określone w Formularzu oferty i Formularzu asortymentowo - cenowym (Załączniku nr 1 do Formularza oferty).

2. Zamawiający informuje, iż może również unieważnić postępowanie bez podania przyczyny.

Dotyczy konkursu ofert o wartości poniżej 30 tys. euro*:

1. ~~Udzielający zamówienia informuje, iż unieważni niniejsze postępowanie jeżeli:~~

- ~~1) nie wpłynęła żadna oferta;~~
- ~~2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;~~
- ~~3) odrzucono wszystkie oferty;~~
- ~~4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;~~
- ~~5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.~~

- ~~2. W przypadku unieważnienia postępowania w sytuacji, o której mowa w pkt. X.1.1) Formularza oferty, Dyrektor może podpisać umowę z Przyjmującym zamówienie, który wyrazi chęć podpisania umowy, bez przeprowadzenia postępowania, spełniającego wymagania określone w Formularzu oferty i Formularzu asortymentowo - cenowym (Załączniku nr 1 do Formularza oferty).~~

XI. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZAWARCIA UMOWY:

1. Zamawiający/~~Udzielający zamówienia*~~ podpisuje umowę z wybranym Wykonawcą/~~Przyjmującym zamówienie*~~ w terminie do 14 dni od dnia przesłania informacji o wyborze oferty najkorzystniejszej/od zamieszczenia wyników w BIP Szpitala*. W uzasadnionych przypadkach termin ten może ulec wydłużeniu.
2. Umowę podpisuje się z wybranym Wykonawcą/~~Przyjmującym zamówienie*~~ w uzgodnionym przez Strony terminie.

XII. INFORMACJA DOTYCZĄCA DANYCH OSOBOWYCH:

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych, zwanego dalej RODO, Zamawiający informuje, że:
 - 1) administratorem danych osobowych Wykonawcy jest SP ZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku - ul. Gliwicka 33, 44-201 Rybnik;
 - 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym Wykonawca ma prawo się kontaktować w sprawach przetwarzania jego danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: kancelaria@psychiatria.com;
 - 3) administrator będzie przetwarzał dane osobowe Wykonawcy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
 - 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
 - 5) administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych Wykonawcy do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
 - 6) Wykonawca ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.
2. Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO Zamawiający informuje, że:

- 1) dane osobowe Wykonawcy będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia roszczeń mogących wyniknąć w związku z wykonaniem umowy, wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
- 2) Wykonawcy przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy - konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe Wykonawcy.

XIII. ZAŁĄCZNIKI:

1. Formularz asortymentowo - cenowy.
2. Projekt Umowy.
3. Inne - Opis Projektu
4. Wykaz usług wykonanych w okresie ostatnich pięciu lat.

Zatwierdził:

Pełnomocnik Dyrektora ds. zamówień

Ilona Chwastek

.....

XIV. NAZWA I ADRES WYKONAWCY/PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE*:

.....

NIP: REGON:
 tel. fax e-mail
 Nazwa banku: nr konta:

XV. CENA

1. Oferuję/emy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia, za łączną cenę w wysokości [zgodnie z Formularzem asortymentowo - cenowym (Załącznikiem nr 1 do Formularza oferty)]:

Cena netto liczbą [PLN] / miesięcznie	
Cena netto słownie / miesięcznie	
Cena brutto liczbą [PLN] / miesięcznie	
Cena brutto słownie / miesięcznie	
Stawka VAT [%]	

Cena netto liczbą [PLN] [łącznie za 12 miesięcy]	
Cena netto słownie [łącznie za 12 miesięcy]	
Cena brutto liczbą [PLN] [łącznie za 12 miesięcy]	
Cena brutto słownie [łącznie za 12 miesięcy]	
Stawka VAT [%]	

2. Oświadczam/my, że wybór mojej/naszej oferty prowadzi/nie prowadzi* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (jeżeli prowadzi, to Wykonawca wskazuje nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie prowadzi do jego powstania, oraz wskazuje ich wartość bez kwoty podatku) - nie dotyczy świadczeń zdrowotnych

.....

XVI. OŚWIADCZENIA:

1. Akceptuję/emy zawarte w Formularzu oferty szczegółowe warunki postępowania w trybie zapytania ofertowego/~~konkursu~~* i nie wnoszę/imy do nich żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/am/liśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Akceptuję/emy Projekt Zlecenia (Załącznik nr 2 do Formularza oferty) i w przypadku wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/emy się do jego podpisania na warunkach określonych w Formularzu oferty, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego/~~Udzielającego zamówienia~~*.
3. Gwarantuję/emy wykonanie całości zamówienia zgodnie z treścią Formularza oferty.
4. Oświadczam/y, że przedmiot zamówienia wykonam/y: sam/i / przy udziale Podwykonawcy/ców*. Następujące części zamówienia zamierzam/y powierzyć Podwykonawcy/com:

Lp.	Nazwa/y części zamówienia	Nazwa/y i adres/y Podwykonawcy/ów

5. Oświadczam/y, że wypełniłem/am/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/am/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w postępowaniu.³

XVII. OSOBA/Y UPRAWNIONA/E DO KONTAKTOWANIA SIĘ Z ZAMAWIAJĄCYM/UDZIELAJĄCYM ~~ZAMÓWIENIA*~~ W SPRAWIE REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA OKREŚLONEGO W POSTĘPOWANIU:

Imię i nazwisko: tel.

XVIII. OSOBA/Y UPOWAŻNIONA/E DO REPREZENTOWANIA WYKONAWCY/PRZYJMującego ZAMÓWIENIE*:

IMIĘ I NAZWISKO:

WZÓR PODPISU:

.....
.....

XIX. OSOBA/Y ODPOWIEDZIALNA/E ZA REALIZACJĘ UMOWY:

Imię i nazwisko: tel.

XX. ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY:

1.
2.
3.

..... (miejscowość), dnia r.

.....

*pieczęć i podpis osoby/ób upoważnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy/Przyjmującego zamówienie**

*niepotrzebne skreślić

³ W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

pieczętka Wykonawcy/Przyjmującego
zamówienie*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY

Lp.	Przedmiot zamówienia	Jedn. miary	Ilość	Cena jednostkowa netto [PLN]	Wartość netto [PLN]	VAT [%]	Wartość brutto [PLN]
1.	Usługa doradcza polegająca na rozliczaniu, sprawowaniu opieki i kontroli na projektem pn.: „Kompleksowa poprawa warunków oraz bezpieczeństwa i higieny pracy personelu SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku z uwzględnieniem działań szkoleniowych” w ramach realizacji projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny) dla osi priorytetowej: VIII. Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy; dla działania: 8.3. Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy; dla poddziałania: 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs (nr naboru RPSL.08.03.02-IZ.01-24-195/17)	msc.	12				
RAZEM							

..... (MIEJSCOWOŚĆ), DNIA 2018 R.

.....
PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY/ÓB UPOWAŻNIONEJ/YCH
DO REPREZENTOWANIA WYKONAWCY

pieczętka Wykonawcy/Przyjmującego
zamówienie*

WYKAZ USŁUG WYKONANYCH W OKRESIE OSTATNICH PIĘCIU LAT
Rozliczenie projektów RPO
o wartości dotacji min. 500.000,00zł każdy.

NAZWA WYKONAWCY:

ADRES:

Nazwa podmiotu, na rzecz którego usługi były wykonane	Przedmiot wykonanego zamówienia (należy podać informacje, na podstawie których Zamawiający będzie mógł jednoznacznie stwierdzić spełnianie przez Wykonawcę warunku udziału w postępowaniu)	Wartość brutto zamówienia	Termin wykonania zamówienia (należy podać dzień, miesiąc i rok - zgodnie z zawartą umową)	
			Rozpoczęcie	Zakończenie

- 1) W przypadku większej ilości usług, prosimy niniejszą tabelę powielić i stosownie wypełnić.
- 2) Do niniejszego wykazu należy załączyć dokumenty potwierdzające należycie wykonane usługi.

..... (MIEJSCOWOŚĆ), DNIA 2018 R.

.....
PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY/ÓB UPOWAŻNIONEJ/YCH
DO REPREZENTOWANIA WYKONAWCY