Numer postępowania: DZp.380.2.13.2018.DGt.358

**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](mailto:zam.publiczne@psychiatria.com) lub sekretariat@psychiatria.com

Strona internetowa: [www.psychiatria.com](http://www.psychiatria.com)

Postępowanie o udzielenie zamówienia o wartości nieprzekraczającej 10 000,00 PLN /   
~~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 złotych~~[[1]](#footnote-1),  
na podstawie ~~§7a~~ / § 8 WRUZ / ~~na podstawie art. 26 ust. 4a ustawy o działalności leczniczej  
oraz § 8 WRUZ~~[[2]](#footnote-2)

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

1. NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA: Zakup i montaż tablicy informacyjnej / pamiątkowej dla zadania pn. ,,Przebudowa lamp oświetlenia zewnętrznego na terenie SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku”.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera:

1. Formularz cenowy (Załącznik nr 1 do Formularza oferty),
2. KSIĘGA IDENTYFIKACJI WIZUALNEJ znaku marki Fundusze Europejskie i znaków programów polityki spójności na lata 2014-2020 (KIW\_2014-2020Grudzien2016) - Załącznik nr 2 do Formularza oferty),
3. Przykład tablicy (Załącznik nr 3 do Formularza oferty),
4. Projekt zlecenia (Załącznik nr 4 do Formularza oferty).
5. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA: do 31.08.2018 r.
6. WARUNKI PŁATNOŚCI:
7. Termin płatności: 60 dni, licząc od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej (pod względem merytorycznym i formalnym) faktury Zamawiającemu.
8. Opóźnienie przez Zamawiającego w terminie płatności nie większe niż 90 dni kalendarzowych nie daje Wykonawcy prawa do powstrzymania się z wykonywaniem usług/~~dostaw~~\* objętych umową (zleceniem) podpisaną z wybranym Wykonawcą.
9. Przedmiot zamówienia jest finansowany ze środków własnych Zamawiającego oraz ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego) dla osi priorytetowej: IV. Efektywność energetyczna, odnawialne źródła energii i gospodarka niskoemisyjna, dla działania: 4.5. Niskoemisyjny transport miejski oraz efektywne oświetlenie, dla poddziałania: 4.5.2. Niskoemisyjny transport miejski oraz efektywne oświetlenie - RIT.
10. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:
11. Ofertę należy złożyć w terminie do dnia **17.07.2018 r. do godz. 09:30** 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](mailto:zam.publiczne@psychiatria.com).
12. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **17.07.2018 r. o godz. 10:00** w siedzibie Zamawiającego/~~Udzielającego zamówienia~~\*, w budynku Administracji, w Biurze Pracownika ds. Zamówień publicznych (II piętro) - pokój nr 17.
13. UWAGA: Oferta niepodpisana i nieopieczętowana przez upoważnionego/ych przedstawiciela/i Wykonawcy/~~Przyjmującego zamówienie~~\* zostanie odrzucona.
14. Oferta winna zostać sporządzona w języku polskim, czytelnie.
15. Oferta winna obejmować całość zamówienia lub jego część (pakiet) jeżeli Zamawiający/~~Udzielający zamówienia~~\* dopuścił możliwość składania ofert częściowych.
16. W celu złożenia oferty o treści spełniającej warunki postępowania, Zamawiający/~~Udzielający zamówienia~~\* zaleca, aby Wykonawcy/~~Przyjmujący zamówienie~~\* na bieżąco monitorowali zmiany dotyczące postępowania.
17. OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

*(kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności, o ile wynika to z odrębnych przepisów, sytuacja ekonomiczna lub finansowa, zdolność techniczna lub zawodowa)*

1. WYMAGANE DOKUMENTY:
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.
3. Wypełniony Formularz oferty.
4. Wypełniony Formularz cenowy (Załącznik nr 1 do Formularza oferty).
5. 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.
6. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY:
7. Maksymalna łączna cena brutto zostanie wskazana przez Wykonawcę/~~Przyjmującego zamówienie~~\*  
   w Formularzu oferty.
8. Wykonawca/~~Przyjmujący zamówienie~~\* w Formularzu cenowym wskaże cenę jednostkową netto dla wyszczególnionej pozycji, ceny łączne netto i brutto dla wyszczególnionej pozycji oraz łączną cenę netto i brutto stanowiącą sumę cen łącznych netto i brutto dla wyszczególnionej pozycji.
9. 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.
10. Sposób zapłaty i rozliczenia za realizację zamówienia zostały określone w Projekcie zlecenia (Załączniku nr 4 do Formularza oferty).
11. Podana cena jest obowiązująca przez cały okres trwania umowy (zlecenia) podpisanej z wybranym Wykonawcą/~~Przyjmującym zamówienie~~\* i nie będzie podlegała waloryzacji.
12. Strony dopuszczają możliwość zmiany ceny brutto za wykonanie przedmiotu umowy (zlecenia) wyłącznie w przypadku zmiany ustawowej stawki podatku VAT, na podstawie pisemnego aneksu do umowy (zlecenia) pod rygorem nieważności.
13. KRYTERIUM/KRYTERIA OCENY OFERT:

Kryterium: Cena Waga: 100%.

1. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI / ~~PRZYJMUJĄCYMI ZAMÓWIENIE~~\*:
2. W zakresie procedury: Joanna Kalisz tel. 32/62-18-338.
3. W zakresie przedmiotu zamówienia: Aleksander Stec tel. 32/43-28-161.
4. INFORMACJA ZAMAWIAJĄCEGO/~~UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA~~\*:

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

1. Zamawiający informuje, iż unieważni postępowanie jeżeli:
2. na dzień otwarcia ofert nie wpłynie żadna oferta\*\*;
3. 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;
4. 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 (zlecenie) z Wykonawcą, który wyrazi chęć podpisania umowy (zlecenia), bez przeprowadzenia postępowania, spełniającego wymagania określone w Formularzu oferty i Formularzu cenowym (Załączniku nr 1 do Formularzu oferty).

1. Zamawiający informuje, iż może również unieważnić postępowanie bez podania przyczyny.
2. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZAWARCIA UMOWY (ZLECENIA):
3. Zamawiający/~~Udzielający zamówienia~~\* zawiera umowę (zlecenie) 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.
4. Umowę (zlecenie) zawiera się z wybranym Wykonawcą/~~Przyjmującym zamówienie~~\* w uzgodnionym przez Strony terminie.
5. INFORMACJA DOTYCZĄCA DANYCH OSOBOWYCH:
6. Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych, zwanego dalej RODO, Zamawiający informuje, że:
7. administratorem danych osobowych Wykonawcy jest **SP ZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo  
   i Psychicznie Chorych w Rybniku - ul. Gliwicka 33, 44-201 Rybnik**;
8. 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](mailto:kancelaria@psychiatria.com);
9. 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;
10. 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);
11. administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych Wykonawcy do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
12. Wykonawca ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.
13. Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO Zamawiający informuje, że:
14. 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;
15. 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;
16. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy - konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;
17. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe Wykonawcy.
18. ZAŁĄCZNIKI:
19. Formularz cenowy.
20. KSIĘGA IDENTYFIKACJI WIZUALNEJ znaku marki Fundusze Europejskie i znaków programów polityki spójności na lata 2014-2020 (KIW\_2014-2020Grudzien2016).
21. Przykład tablicy.
22. Projekt zlecenia.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Zatwierdził:  Pełnomocnik Dyrektora ds. zamówień  Ilona Chwastek |
|  | …………………………………………………… |

- - - WYPEŁNIA WYKONAWCA/~~PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE~~\* - - -

1. NAZWA I ADRES WYKONAWCY/~~PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE~~\*:

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

NIP: ………………………… REGON: …………………………

tel. ………………………… fax ………………………… e-mail …………………………

Nazwa banku: ………………………… nr konta: …………………………

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

|  |  |
| --- | --- |
| Cena netto liczbą [PLN] |  |
| Cena netto słownie |  |
| Cena brutto liczbą [PLN] |  |
| Cena brutto słownie |  |
| Stawka VAT [%] |  |

1. 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

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

1. OŚWIADCZENIA:
2. 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.
3. Akceptuję/emy Projekt zlecenia (Załącznik nr 4 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~~\*.
4. Gwarantuję/emy wykonanie całości zamówienia zgodnie z treścią Formularza oferty.
5. 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 |
|  |  |  |

1. 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]](#footnote-3)
2. OSOBA/Y UPRAWNIONA/E DO KONTAKTOWANIA SIĘ  
   Z ZAMAWIAJĄCYM/~~UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA~~\* W SPRAWIE REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA OKREŚLONEGO W POSTĘPOWANIU:

Imię i nazwisko: ………………………… tel. …………………………

1. OSOBA/Y UPOWAŻNIONA/E DO REPREZENTOWANIA WYKONAWCY/~~PRZYJMUJACEGO ZAMÓWIENIE~~\*:

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO: | WZÓR PODPISU: |
| ……………………………………… | ……………………………………… |
| ……………………………………… | ……………………………………… |

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

Imię i nazwisko: ………………………… tel. …………………………

1. ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY:
2. ………………….
3. ………………….
4. ………………….

………………………… *(miejscowość)*, dnia …………………… r.

|  |  |
| --- | --- |
|  | …………………………………………………… |
|  | *pieczęć i podpis osoby/ób upoważnionej/ych*  *do reprezentowania Wykonawcy/~~Przyjmującego zamówienie~~\** |

*\* niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 1 do Formularza oferty

*pieczątka Wykonawcy/~~Przyjmującego zamówienie~~*

**Formularz cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn.  netto  [PLN] | Wartość  netto  [PLN] | VAT [%] | Wartość  Brutto  [PLN] |
| 1. | Zakup i montaż tablicy informacyjnej / pamiątkowej dla zadania pn. ,,Przebudowa lamp oświetlenia zewnętrznego na terenie SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku” | kpl. | 1 |  |  |  |  |

………………………… *(miejscowość)*, dnia …………………… r.

|  |  |
| --- | --- |
|  | …………………………………………………… |
|  | *pieczęć i podpis osoby/ób upoważnionej/ych*  *do reprezentowania Wykonawcy/~~Przyjmującego zamówienie~~\** |

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
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). [↑](#footnote-ref-3)