

Numer postępowania: DZp.LLb.659i663.ZO-26.2016

FORMULARZ OFERTY

SPZOU 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: www.psychiatria.com

*Postępowanie o udzielenie zamówienia
o wartości przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 2 395,27 Euro
i nie przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 Euro,
na podstawie §8 WRUZ*

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

I. NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Świadczenia zdrowotne w zakresie:

Pakiet 1 - Badań mikrobiologicznych i laboratoryjnych nie będących badaniem „cito”,

Pakiet 2 - Badań prątków gruźlicy.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają: Formularz cenowy (Załącznik nr 1 do Formularza oferty) i Projekt umowy (Załącznik nr 3 do Formularza oferty).

II. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA: od dnia zawarcia umowy do 31.12.2019 r.

III. WARUNKI PŁATNOŚCI:

Termin płatności: 30 dni, licząc od dnia doręczenia prawidłowej faktury (pod względem merytorycznym i formalnym) Udzielającemu zamówienia, pod warunkiem uprzedniego dostarczenia Udzielającemu zamówienia zestawienia, o którym mowa w ust. 3 umowy/ów podpisanej/ych z wybranym/i Przyjmującym/i zamówienie.

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:

- Ofertę należy złożyć w terminie do dnia **30 grudnia 2016 r.** do godz. **10:00** w siedzibie Zamawiającego/Udzielającego zamówienia*, w budynku Administracji, w Biurze Pracownika ds. Zamówień publicznych (pokój nr 17) - na piśmie/faksem pod nr 32/42-26-875/drogą elektroniczną na adres: zam.publiczne@psychiatria.com.
- Otwarcie ofert nastąpi w dniu **30 grudnia 2016 r.** do godz. **10:30** w siedzibie Zamawiającego/Udzielającego zamówienia*, w budynku Administracji, w Biurze Pracownika ds. Zamówień publicznych (pokój nr 17).
- UWAGA: Oferta niepodpisana i nieopieczętowana przez upoważnionego/ych przedstawiciela/i Wykonawcy/Przyjmującego zamówienie* zostanie odrzucona.
- Oferta winna być napisana w języku polskim, czytelnie.
- Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość składania ofert częściowych na poszczególne pakiety.
- Udzielający zamówienia nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych w ramach Pakietu 1 na poszczególne pozycje asortymentowe.
- W celu złożenia oferty o treści spełniającej warunki niniejszego postępowania, Udzielający zamówienia zaleca, aby Przyjmujący zamówienie na bieżąco monitorowali zmiany dotyczące postępowania.

V. OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Przyjmujący zamówienie, którzy:

- 1) są wpisani do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 2) posiadają wykwalifikowany i przeszkolony personel uprawniony do wykonywania przedmiotu zamówienia, posiadający odpowiednią wiedzę medyczną potwierdzoną wymaganymi prawem dokumentami oraz doświadczenie gwarantujące najwyższy poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych.

VI. WYMAGANE DOKUMENTY:

1. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Wykaz osób uprawnionych do wykonywania świadczenia zdrowotnego.
3. Harmonogram udzielania świadczenia zdrowotnego.
4. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania ~~Wykonawcy/Przyjmującego zamówienie~~*).
5. Wypełniony Formularz oferty.
6. Wypełniony Formularz cenowy.
7. Pełnomocnictwo do reprezentowania 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. W cenie oferty winny zawierać się wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego wykonania świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem zamówienia.
2. Cenę oferty stanowi wartość zadania określona w oparciu o przedmiot zamówienia.
3. W Formularzu oferty należy podać cenę oferty brutto za całość wykonania zamówienia [zgodnie z Formularzem cenowym (Załącznikiem nr 1 do Formularza oferty)].
4. Cena ma być wyrażona liczbowo i słownie.
5. Podana cena jest obowiązująca przez cały okres trwania umowy podpisanej z wybranym Przyjmującym zamówienie i nie będzie podlegała waloryzacji.

VIII. KRYTERIUM OCENY OFERT:

Kryterium: Cena - waga 100%.

IX. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z

~~WYKONAWCAMI/PRZYJMUJĄCYMI ZAMÓWIENIE~~*:

1. W zakresie procedury: Joanna Kalisz tel. 32/62-18-338, 32/43-28-138.
2. W zakresie przedmiotu zamówienia: Sebastian Standowicz tel. 32/43-28-164.

X. INFORMACJA ZAMAWIAJĄCEGO/UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA*:

1. ~~Zamawiający~~/Udzielający zamówienia* informuje, iż unieważni niniejsze postępowanie jeżeli:
 - 1) na dzień otwarcia ofert nie wpłynie żadna oferta**;
 - 2) oferta z najniższą ceną przewyższa kwotę, którą ~~Zamawiający~~/Udzielający zamówienia* zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia, chyba że ~~Zamawiający~~/Udzielający zamówienia* 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 ppkt 1.1) Formularza oferty, Dyrektor może podpisać umowę z ~~Wykonawcą~~/Przyjmującym zamówienie*, który wyrazi chęć podpisania umowy, bez przeprowadzenia postępowania, spełniającego wymagania określone w Formularzu oferty i Formularzu cenowym (Załącznik nr 1 do Formularza oferty).

2. Zamawiający/Udzielający zamówienia* informuje, iż może również unieważnić niniejsze postępowanie bez podania przyczyny.

XI. ZAŁĄCZNIKI:

1. Formularz cenowy.
2. Wykaz osób uprawnionych do wykonywania świadczenia zdrowotnego.
3. Projekt umowy.

Zatwierdził:

Dyrektor

SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo
i Psychicznie Chorych w Rybniku:

.....

--- WYPEŁNIA WYKONAWCA/PRZYJMĄCY ZAMÓWIENIE* ---

XII. NAZWA I ADRES WYKONAWCY/PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE*:

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

XIII. CENA

1. Oferuję/emy wykonanie ~~usługi/~~ świadczenia zdrowotnego/~~dostawy/roboty budowlanej*~~ będącej/go przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia, za kwotę w wysokości [zgodnie z Formularzem cenowym (Załącznikiem nr 1 do Formularza oferty)]:

Pakiet 1 - Świadczenia zdrowotne w zakresie badań mikrobiologicznych i laboratoryjnych nie będących badaniem „cito”

Cena brutto liczbą [PLN]	
Cena brutto słownie	

Pakiet 2 - Świadczenia zdrowotne w zakresie badań prątków gruźlicy

Cena brutto liczbą [PLN]	
Cena brutto słownie	

XIV. OŚWIADCZENIA:

1. Akceptuję/emy zawarte w Formularzu oferty szczegółowe warunki postępowania w trybie zapytania ofertowego i nie wnoszę/wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/am/liśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Akceptuję/emy Projekt umowy (Załącznik nr 3 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 podwykonawców*.
Następujące części zamówienia zamierzam/y powierzyć podwykonawcom:

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

XV. OSOBA/Y UPRAWNIONA/E DO KONTAKTOWANIA SIĘ Z ZAMAWIAJĄCYM/UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA* W SPRAWIE REALIZACJI NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA:

Imię i nazwisko: tel.

XVI. OSOBA/Y UPOWAŻNIONA/E DO REPREZENTOWANIA PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE:

IMIĘ I NAZWISKO:

WZÓR PODPISU:

.....
.....

XVII. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZAWARCIA UMOWY:

Zamawiający/Udzielający zamówienia* zawiera umowę z wybranym ~~Wykonawcą/Przyjmującym~~ zamówienie* w terminie do 7 dni od zamieszczenia wyników w BIP Szpitala. W uzasadnionych przypadkach termin ten może ulec wydłużeniu.

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

Imię i nazwisko: tel.

XIX. ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

..... (miejsowość), dnia r.

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

* niepotrzebne skreślić