

Numer postępowania: DZp.DGt.705.ZO-21.2016

FORMULARZ OFERTY

SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
ul. Gliwicka 33, 44 - 201 Rybnik

Numer telefonu: 32/43 281 00 lub 43 282 98, Numer faksu: 32/42 268 75

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 2 366,92 Euro i nie przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 Euro, na podstawie §8 WRUZ.

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

I. NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

- 1) Zadanie nr 1: „**Całodobowy nadzór nad urządzeniami systemu monitoringu wizyjnego oddziału IX wraz z wykonaniem konserwacji niezbędnych do utrzymania systemu w stanie przydatności do realizacji zamierzonego celu i wymianą uszkodzonego sprzętu**”;
- 2) Zadanie nr 2: „**Ochrona zdalna Oddziału IX i Izby Przyjęć**”.

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

II. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA: zgodnie z § 10 Projektu umowy (Załącznik nr 2 do Formularza oferty).

III. WARUNKI PŁATNOŚCI:

1. Termin płatności **60** dni licząc od dnia doręczenia prawidłowej (pod względem merytorycznym i formalnym) faktury Zamawiającemu.
2. Opóźnienie przez Zamawiającego/~~Udzielającego zamówienia*~~ w terminie płatności nie większe niż 90 dni kalendarzowych nie daje Wykonawcy prawa do powstrzymania się z wykonaniem usług objętych umową.

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Ofertę należy złożyć w terminie do dnia **21.12.2016 r. do godz. 12.00** 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.
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **21.12.2016 r. o godz. 12:30** w siedzibie Zamawiającego/~~Udzielającego zamówienia*~~, w budynku Administracji, w Biurze Pracownika ds. Zamówień publicznych - pokój nr 17.
3. Oferta nie podpisana i nieopieczetowana przez upoważnionego/ych przedstawiciela/i Wykonawcy/Oferenta* zostanie odrzucona.
4. Oferta winna być napisana w języku polskim, czytelnie.
5. Oferta winna obejmować całość zamówienia.
6. W celu złożenia oferty o treści spełniającej warunki niniejszego postępowania, Zamawiający zaleca, aby Wykonawcy na bieżąco monitorowali zmiany dotyczące postępowania.

V. OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

Zamawiający nie stawia warunków w w/w zakresie.

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 (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy/Oferenta*).

2. Wypełniony Formularz Oferty.
3. Wypełniony Formularz asortymentowo – cenowy (zgodnie z załącznikiem nr 1 do Formularza oferty).
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy 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 zamówienia.
2. Cenę oferty stanowi wartość zadania określona w oparciu o przedmiot zamówienia oraz obowiązujący podatek VAT.
3. W Formularzu Oferty należy podać cenę oferty netto i brutto oraz stawkę podatku VAT.
4. Cena ma być wyrażona cyfrowo i słownie.
5. Podana cena jest obowiązująca przez cały okres trwania umowy i nie będzie podlegała waloryzacji.

VIII. KRYTERIUM/KRYTERIA OCENY OFERT:

1. Kryterium: Cena - waga: 100%

IX. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI/OFERENTAMI*:

1. W zakresie procedury: Ilona Chwastek tel. (32) 432 81 38
2. W zakresie przedmiotu zamówienia: Łukasz Lewandowski - tel. 32 62 18 314,
Henryk Stawarczyk tel. (32) 432 81 24

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) cena najkorzystniejszej oferty lub 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/~~Oferentem*~~, który wyrazi chęć podpisania umowy, bez przeprowadzenia postępowania, spełniającego wymagania określone w Formularzu oferty i Formularzu asortymentowo - 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 asortymentowo - cenowy.
2. Projekt umowy.

Zatwierdził:

Dyrektor Szpitala

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

Andrzej Krawczyk

XII. NAZWA I ADRES WYKONAWCY/OFERENTA*:

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

XIII. CENA

I. Oferuję/emy wykonanie usługi/~~świadczenia zdrowotnego/dostawy/roboty budowlanej*~~ będącej przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia, za kwotę w wysokości:

Cena netto [PLN]	
Cena netto słownie	
Cena brutto [PLN]	
Cena brutto słownie	
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*)

.....

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/zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Akceptuję/emy projekt umowy (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. Oświadczam/y, że przedmiot zamówienia wykonam/y: sam/i / przy udziale podwykonawców*. Następujące części zamówienia zamierzam/y powierzyć podwykonawcom:

Lp.	Nazwa części zamówienia

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

Imię i nazwisko: tel.

XVI. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZAWARCIA UMOWY:

Zamawiający/~~Udzielający zamówienia*~~ zawiera umowę z wybranym Wykonawcą/~~Oferentem*~~ w terminie do 14 dni od zamieszczenia wyników w BIP Szpitala. W uzasadnionych przypadkach termin ten może ulec wydłużeniu.

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

Imię i nazwisko: tel.

XVIII. ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY:

1.
2.
3.

Miejscowość, dnia r.

.....
*pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych
do reprezentowania Wykonawcy/Oferenta**

** niepotrzebne skreślić*

(pieczęć Wykonawcy/Oferenta*)

Załącznik nr 1 do Formularza oferty

FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY

Lp.	Przedmiot zamówienia	Cena netto miesięcznie [PLN]	Cena brutto miesięcznie [PLN]	Wartość netto [PLN]	VAT [%]	Wartość brutto [PLN]
1.	Zadanie nr 1: „Całodobowy nadzór nad urządzeniami systemu monitoringu wizyjnego oddziału IX wraz z wykonaniem konserwacji niezbędnych do utrzymania systemu w stanie przydatności do realizacji zamierzonego celu i wymianą uszkodzonego sprzętu”;					
2.	Zadanie nr 2: „Ochrona zdalna Oddziału IX i Izby Przyjęć”.					
	RAZEM					

..... dnia2016 r.
miejsowość

.....
pieczęćka i podpis osoby/ób upoważnionej/ych do
reprezentowania Wykonawcy/Oferenta*