Kołobrzeg, dnia 08 lipca 2019 r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego**

**prowadzonego na podstawie art. 4 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych**

**tj. o wartości poniżej 30 000 euro na:**

***Obsługa ppoż Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu***

**Dane dotyczące zamawiającego**

Regionalny Szpital w Kołobrzegu

ul. Łopuskiego 31-33

78-100 Kołobrzeg

**Określenie trybu:** postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest na podstawie art. 4 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych – zamówienie, którego wartość nie przekracza 30 000 euro.

**Dokumentacja dotycząca zamówienia:** dostępna na stronie internetowej [www.szpital.kolobrzeg.pl](http://www.szpital.kolobrzeg.pl)

**Przedmiot zamówienia:** Obsługa ppoż Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu – dokładny opis
w załączniku nr 3

**Kod CPV:**

75.25.11.10-4

Wykonawca ubiegający się o zamówienie powinien posiadać odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje – zgodnie z wymaganiami opisanymi w załączniku nr 3.

Miejsce realizacji: w siedzibie Zamawiającego.

Wykonawca zobowiązuje się do wykonania powyższych prac z należytą starannością i w terminie uzgodnionym z Zamawiającym.

Wykonawca zobowiązany będzie do zachowania w tajemnicy wszelkich danych,
do których będzie miał dostęp w związku z wykonywaniem niniejszego zamówienia.

Zamawiający przewiduje zapłatę za wykonanie przedmiotu zamówienia do 25-go każdego miesiąca za poprzedni miesiąc rozliczeniowy, po otrzymaniu przez Zamawiającego faktury VAT.

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy posiadają wiedzę i doświadczenie, tj. Wykonawca musi wykazać się doświadczeniem zawodowym w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, w wykonaniu co najmniej 1 zamówienia obejmującego wykonanie usługi – załącznik nr 2 do zapytania ofertowego.

Wykonawcy zobowiązani są do dołączenia do oferty aktualnego wyciągu z KRS bądź wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.

Wykonawca zobowiązany jest przedstawić polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody w mieniu lub na osobie wyrządzone przez Wykonawcę lub Podwykonawców w trakcie realizacji zadania, powstałe w związku z realizacją zadania określonego w niniejszej umowie przy sumie gwarancyjnej nie mniejszej niż 100 000,00 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Wymóg zawarcia umowy ubezpieczenia będzie uważany za spełniony, jeśli wykonawca przedłoży polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z zakresem wynikającym z kontraktu.

Wykonawca zobowiązany jest do utrzymania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, spełniającego wyżej wymienione warunki, przez cały okres obowiązywania umowy. Jednocześnie w przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, Wykonawca zobowiązany jest nie później niż 7 dni przed wygaśnięciem okresu ubezpieczenia, przedłożyć Zamawiającemu polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na kolejny okres.

Wykonawca zobowiązany jest do pokrycia wszelkich kwot nieuznanych przez Zakład Ubezpieczeń,
w szczególności udziałów własnych, franszyz oraz limitów, do pełnej kwoty roszczenia poszkodowanego lub likwidacji zaistniałej szkody.”

Nie przewiduje się możliwości powierzenia wykonania zamówienia podwykonawcom.

**Termin realizacji:**

Do 31.12.2020 r.

**Kryteria oceny ofert:**

Wybór oferty zostanie dokonany w oparciu o przyjęte w niniejszym postępowaniu kryteria oceny ofert przedstawione poniżej.

#503Cena 100%.

**Miejsce i termin składnia ofert:**

Oferty należy składać w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu, pokój nr 11, do dnia 16 lipca 2019 r. do godziny 1000. Do kontaktu z Zamawiającym wyznaczono osobę: Izabela Kułakowska tel. 94 35 30 262, e-mail: Izabela.Kulakowska@szpital.kolobrzeg.pl .

Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: ................................................

Siedziba: ................................................

Adres poczty elektronicznej:.................................................

Strona internetowa: .................................................

Numer telefonu: ……..........................................

Numer faksu: ……..........................................

Numer REGON: ................................................

Numer NIP: ................................................

**Dane dotyczące zamawiającego**

Regionalny Szpital w Kołobrzegu

ul. Łopuskiego 31-33

78-100 Kołobrzeg

**Nazwa i przedmiot zamówienia:**

Obsługa ppoż Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu

**Wartość zamówienia na 1 m-c:**

cena netto...........................................................................................................zł

(słownie: ..............................................................................................................)

podatek VAT........% w kwocie............................................................................zł

cena brutto..........................................................................................................zł

(słownie: ...............................................................................................................)

**Wartość zamówienia:**

cena netto...........................................................................................................zł

(słownie: ..............................................................................................................)

podatek VAT........% w kwocie............................................................................zł

cena brutto..........................................................................................................zł

(słownie: ...............................................................................................................)

**Termin wykonania zamówienia:**

31.12.2020 r.

**Warunki płatności:**

Zamawiający przewiduje zapłatę za wykonanie przedmiotu zamówienia do 25-go każdego miesiąca za poprzedni miesiąc rozliczeniowy, po otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT.

Oświadczamy, że:

* posiadamy wymagane przepisami prawa uprawnienia do wykonania Zamówienia – **do oferty należy dołączyć potwierdzenie posiadania uprawnień;**
* posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania Zamówienia;
* znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie Zamówienia.

Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty, w której upływa termin składania ofert.

Na ofertę składają się następujące dokumenty:

1. Formularz oferty – załącznik nr 1.
2. Wykaz wykonanych zamówień – załącznik nr 2.
3. Aktualny wyciąg z KRS bądź wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
4. Dokumenty potwierdzające posiadane uprawnienia i kwalifikacje.
5. Parafowany załącznik nr 3.
6. Akceptowany i parafowany wzór umowy – załącznik nr 4.
7. Polisa OC.

.................................................................................

(data i czytelny podpis wykonawcy)

Załącznik nr 2

**WYKAZ WYKONANYCH ZAMÓWIEŃ**

Nazwa wykonawcy .................................................................................................

Adres wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość ................................................ Data .....................

Wykaz usług obejmujący wykonanie przedmiotu zamówienia wraz z przedstawieniem dokumentów potwierdzających należyte wykonanie zamówienia – min. 1 zrealizowana usługa

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Odbiorca – nazwa zamawiającego, telefon | Data wykonania | Przedmiot wykonanej usługi | Wartość |
| 1 |  |  |  |  |
| 2  |  |  |  |  |
| 3  |  |  |  |  |
| 4  |  |  |  |  |
| 5  |  |  |  |  |

Do wykazu dołączam następujące dokumenty:

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

.................................................................................

(data i czytelny podpis wykonawcy)