



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE
41-500 Chorzów ul. Zjednoczenia 10
tel. /0-32/ 34-63-650 fax. /0-32/ 241-47-33
www.szpitalspecjalistycznywchorzowie.pl
email: sekretariat@sswch.pl



ISO 9001
LL-C (Certification)

Chorzów, 2021-01-07

Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
ul. Zjednoczenia 10
41-500 Chorzów
tel. 32-34-63-652
www.sswch.pl

Znak sprawy: 4-8/03/01/21

ZAPYTANIE OFERTOWE

Zapraszamy Państwa do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego, w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.), zgodnie z art. 26 ust. 4a, na **udzielenie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu badań wirerii HIV-1 metodą RT-PCR z odczynników dostarczanych przez KC ds AIDS.**

- I. Opis przedmiotu zamówienia:
Przedmiotem zamówienia: jest udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na **wykonywaniu badań wirerii HIV-1 metodą RT-PCR z odczynników dostarczanych przez KC ds. AIDS.**
- II. Szczegółowe warunki konieczne do spełnienia przez Przyjmującego zamówienie wyszczególnione są w opisie świadczenia. Niespełnienie podanych warunków skutkować będzie odrzuceniem oferty.
- III. Kod CPV 85145000-7 Usługi świadczone przez laboratoria medyczne.
- IV. Cenę oferty należy podać w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Łączna cena oferty musi obejmować cały zakres zamówienia, określony w zapytaniu ofertowym. W cenie tej należy uwzględnić także inne koszty o ile Przyjmujący zamówienie je przewiduje (np. opłaty, ubezpieczenia itp.). Przy obliczaniu ceny należy uwzględnić, że cena będzie obowiązywać strony przez cały okres realizacji zamówienia.
- V. Ofertę należy sporządzić w języku polskim; wszystkie rozliczenia dokonywane będą w PLN.
- VI. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej na Formularzu oferty - Załącznik nr 1, pocztą na adres **Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie, 41-500 Chorzów, ul. Zjednoczenia 10 – sekretariat**, lub pocztą elektroniczną na adres e-mail: dzp@sswch.pl do dnia: **14 stycznia 2021 r. do godz. 10:00**
- VII. Na ofercie należy dopisać: nazwę i adres Przyjmującego zamówienie wraz z adnotacją „Zapytanie ofertowe na wykonanie usługi badań wirerii HIV-1 metodą RT-PCR z odczynników dostarczanych przez KC ds. AIDS” Znak sprawy: 4-8/03/01/21”.
- VIII. Wymagany termin realizacji zamówienia: **12 miesięcy.**



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE
41-500 Chorzów ul. Zjednoczenia 10
tel. /0-32/ 34-63-650 fax. /0-32/ 241-47-33
www.szpitalspecjalistycznywchorzowie.pl
email: sekretariat@sswch.pl



ISO 9001
LL-C (Certification)

IX.

Kryteria oceny:

- a) **Cena – 80%**
- b) **Termin płatności faktury - 20% (w dniach: min. 21 - maks. 60)**

W kryterium „Cena” zostanie zastosowany wzór:

$$\text{Ocena punktowa} = (\text{cena minimalna brutto} / \text{cenę brutto oferty badanej}) \times 100 \text{ pkt} \times 80\%$$

W kryterium „Termin płatności faktury” zostanie zastosowany wzór:

$$\text{Ocena punktowa} = (\text{termin płatności faktury badanej oferty} / \text{termin płatności faktury maksymalny}) \times 100 \text{ pkt} \times 20\%$$

Ocena końcowa = ocena punktowa w kryterium „Cena” + ocena punktowa w kryterium „Termin płatności faktury” .

X. Warunki udziału:

O udzielenie zamówienia, może ubiegać się Przyjmujący zamówienie:

- a) spełniający wymagania określone w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- b) posiadający uprawnienia do wykonywania przedmiotu zamówienia,
- c) znajdujący się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

Dodatkowe wymagania zostały określone w istotnych postanowieniach umowy stanowiący - Załącznik nr 4.

XI. Wraz z ofertą należy złożyć następujące dokumenty:

- a. Wypełniony arkusz cenowy – Załącznik nr 2.
- b. Oświadczenie Przyjmującego zamówienie – Załącznik nr 3.
- c. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej.
- d. Oryginały lub kserokopie dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem potwierdzające dane Oferenta wypełnione w punkcie III formularza oferty,
- e. Polisę OC.

XII. Termin związania z ofertą: **30 dni od daty składania ofert.**

XIII. Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny. W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może wezwać Wykonawcę do złożenia wyjaśnień dotyczących treści złożonej oferty, formalnego potwierdzenia treści oświadczeń i zapisów oraz ich uzupełnienia.

XIV. O wyborze najkorzystniejszej oferty Wykonawcy zostaną poinformowani drogą mailową oraz informacja o wyborze zostanie zamieszczona stronie internetowej www.sswch.pl w zakładce zamówienia publiczne poniżej 30.000,- euro.

XV. Zamawiający odrzuci ofertę, która nie obejmie pełnego pakietu.

XVI. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE
41-500 Chorzów ul. Zjednoczenia 10
tel. /0-32/ 34-63-650 fax. /0-32/ 241-47-33
www.szpitalspecjalistycznywchorzowie.pl
email: sekretariat@sswch.pl



ISO 9001
LL-C (Certification)

XVII. Kontakt z wykonawcą:

Osoba upoważniona do kontaktu z Przyjmującymi zamówienie:

Marzenna Przywarka tel. 032 34 63 652 adres e-mail: dzp@sswch.pl

W załączeniu dokumenty dotyczące postępowania tj.:

1. Formularz oferty.
2. Arkusz cenowy.
3. Oświadczenie Przyjmującego zamówienie.
4. Istotne postanowienia umowy.

DYREKTOR
Szpitala Specjalistycznego
w Chorzowie
Tomasz Pawlak

De Paupocake