

SP ZOZ ADM/6/2022

ZAPYTANIE OFERTOWE

1. NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich z siedzibą przy ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów zaprasza do składania ofert na „Realizację usługi Transportu sanitarnego – Transport sanitarny z Apteki Szpitalnej”.

2. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest z wyłączeniem przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień Publicznych na podstawie zawartego w niej przepisu art. 2 ust.1 pkt 1 – wartość zamówienia jest mniejsza niż 130 000 złotych.

3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Przedmiot umowy obejmuje świadczenie usługi transportu sanitarnego preparatów do żywienia pozajelitowego, leków oraz sprzętu medycznego z Apteki szpitalnej do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.

4. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Termin realizacji zamówienia: **od 01.10.2022r. do 01.10.2023r.**

5. KRYTERIA WYBORU OFERTY:

Cena – 100%

6. WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

6.1 Wykonawca w przedstawionej ofercie winien zaoferować cenę ryczałtową, kompletną, jednoznaczną, która będzie ceną ostateczną.

6.2 Realizowana usługa transportu rozliczana będzie na podstawie ceny jednostkowej brutto za 1km oraz za 1h pracy kierowcy.

6.3 Cena oferty powinna zawierać wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu usługi łącznie z podatkiem od towarów i usług VAT oraz kosztami wynagrodzenia personelu, materiałów i sprzętu medycznego, kosztami paliwa i eksploatacji pojazdów, ubezpieczeń OC i NW itp. Wykonawca winien uwzględnić w cenie oferty również wszystkie inne koszty jakie poniesie w związku z realizacją przedmiotu zamówienia, także niewymienione w zdaniu poprzedzającym, a które mają wpływ na cenę oferty.

6.4 Termin płatności: rozliczenie za wykonaną usługę odbywać się będzie w okresie miesięcznym. Za wykonaną usługę transportową Wykonawca wystawi fakturę VAT w terminie do 10 -go każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Podstawą do zapłacenia faktury będzie zadeklarowana kwota przez Wykonawcę. Zamawiający dokona płatności przelewem na rachunek bankowy wskazany w fakturze.

7. TERMIN ORAZ WARUNKI SKŁADANIA OFERT:

W sytuacji, gdy są Państwo zainteresowani złożeniem oferty w powyższym zakresie prosimy o przesłanie oferty na adres e-mail: biuropodawcze@zsm.com.pl

Oferta powinna być złożona w języku polskim. Ofertę należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia **29.08.2022r. do godziny 10:00.**

Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

8. OSOBY DO KONTAKTÓW:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z Wykonawcami: Karina Rybka, Anna Dobrowolska
e-mail: administracja@zsm.com.pl
tel: 32-34-99-801

9. INNE:

Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Zespołu Szpitali Miejskich do zawarcia umowy. Niniejsze zapytanie nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego.

Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia bądź unieważnienia zapytanie ofertowego bez podania przyczyny w przypadku zaistnienia okoliczności nieznanych Zamawiającemu w dniu sporządzania niniejszego zapytania ofertowego. Po wyborze Wykonawcy Zamawiający zastrzega sobie prawo negocjacji warunków realizacji zamówienia.

Niniejsze zapytanie nie stanowi podstawy do roszczeń dotyczących zawarcia umowy. Niniejsze zapytanie ofertowe nie dotyczy postępowania prowadzonego w trybie ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

10. ZAŁĄCZNIKI:

Wzór Umowy – załącznik nr 1
Opis przedmiotu zamówienia – załącznik nr 2
Formularz ofertowy – załącznik nr 3

Referent Działu Transportu
Anna Dobrowolska

Dyrektora operacyjnego
SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich

Iwona Filip