



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w ŁODZI

91-425 Łódź, ul. Północna 42
centrala tel. 42 634 11 00, sekretariat tel. 42 634 11 12, fax 42 678 55 23
<http://www.szpital.lodz.pl> dyrekcja@szpital.lodz.pl

ON/078/ **409** / **5104** /14

Łódź, dnia 02. 12. 2014

ZAPROSZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OFERTOWYM

Działając na podstawie art. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 27.08.2009 o finansach publicznych (Dz. U. Nr z 2013 Nr 885 ze zmianami) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi jako Udzielający Zamówienia przedstawia warunki udziału w postępowaniu ofertowym.

- I. **Dane Udzielającego Zamówienia:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi, ul. Północna 42, 91-425 Łódź, tel. (42) 634-11-12, fax: (42) 678-55-23, mail: dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl
- II. **Przedmiot zamówienia:** usługa pilnego przewozu krwi i preparatów krwiopochodnych oraz próbek krwi i wyników badań do i z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi przy ulicy Franciszkańskiej 17/25.
- III. **Wymagania w stosunku do Przyjmującego Zamówienie**
 1. Udzielający Zamówienia wymaga by Przyjmujący Zamówienie przystępujący do Postępowania Ofertowego wykonywał działalność w przedmiotowym zakresie oraz posiadał stosowne uprawnienia sprzęt, wiedzę techniczną, doświadczenie oraz kadrę pracowników wykwalifikowanych, gwarantujące wykonanie usługi transportu sanitarnego z należytą starannością i zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
 2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że usługi w zakresie transportu sanitarnego będzie wykonywał środkami transportu sanitarnego spełniającymi odpowiednie cechy techniczne i jakościowe określone Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.
 3. Udzielający Zamówienia wymaga by Przyjmujący Zamówienie składający ofertę miał siedzibę na terenie miasta Łodzi, czynną przez całą dobę dla potrzeb badań pilnych w przypadkach ratujących zdrowie i życie.
 4. Udzielający Zamówienia wymaga potwierdzenia przez Przyjmujący Zamówienie faktu posiadania aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC.
- IV. **Obowiązki Przyjmującego zamówienie i sposób przygotowania oferty**
 1. Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Przyjmujący Zamówienie.
 2. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami.
 3. Wszystkie dokumenty oferty muszą być podpisane, a kopie potwierdzone „**za zgodność z oryginałem**”, przez osoby uprawnione do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.
 4. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Przyjmującego Zamówienie.
 5. Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Przyjmujący Zamówienie należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:
„Oferta na wykonywanie usługi pilnego przewozu krwi i preparatów krwiopochodnych na potrzeby SP ZOZ MSW w Łodzi.”
 6. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Przyjmujący Zamówienie powinien zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
 7. Przyjmujący Zamówienie może złożyć tylko jedną ofertę.
 8. Kryteria oceny ofert oraz warunki nie podlegają zmianie w toku postępowania.
 9. Przyjmujący Zamówienie wypełnia Załącznik nr 1 – **Formularz Ofertowy.**
 10. Przyjmujący Zamówienie wypełnia Załącznik nr 2 – **Oświadczenie Przyjmującego Zamówienie.**





**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w ŁODZI**

91-425 Łódź, ul. Północna 42
centrala tel. 42 634 11 00, sekretariat tel. 42 634 11 12, fax 42 678 55 23
<http://www.szpital.lodz.pl> dyrekcja@szpital.lodz.pl

11. Przyjmujący Zamówienie załącza Załącznik nr 3 – **Kopię polisy ubezpieczeniowej OC**
12. Przyjmujący Zamówienie załącza Załącznik nr 4 – **projekt umowy** będącej wynikiem niniejszego postępowania, zatwierdzony podpisem Przyjmującego Zamówienie na każdej stronie.
13. **Wpis dokumentujący działalność będącą przedmiotem niniejszego postępowania.**

V. Termin wykonania umowy: Umowa zostanie zawarta na okres **24** miesięcy tj. od dnia **01.01.2015r. do 31.12.2016r.**

VI. Opis kryteriów oceny ofert, ich znaczenie oraz sposób oceny ofert.

Przy wyborze oferty Udzielający Zamówienia będzie kierował się kryterium:

- **Ceny ofertowej (tj. łączna wartość brutto) - 100 %**

Cena min.

----- x waga kryterium, gdzie:
Cena oferty badanej

Cena min. – najniższa łączna wartość brutto spośród wszystkich ocenianych ofert
Waga kryterium – 100 pkt.

VII. Miejsce i termin składania ofert, rozstrzygnięcie.

1. Ofertę w zaklejonej kopercie należy złożyć w Kancelarii SP ZOZ MSW w Łodzi przy ul. Północnej 42 **do dnia 10.12.2014 r. do godz. 15:00.**
2. Ofertę należy złożyć osobiście lub przesłać pocztą/kurierem w oryginale w Kancelarii Szpitala od poniedziałku do piątku w godzinach 08:00-15:00 w terminie określonym w ust.1. W przypadku przesłania oferty drogą pocztową/kurierską liczy się data i godzina dostarczenia oferty do Kancelarii Szpitala.
3. Składający ofertę osobiście otrzymuje potwierdzenie jej złożenia zawierające datę i godzinę złożenia oferty oraz podpis osoby przyjmującej ofertę.
4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.
5. Celem dokonania zmian, bądź poprawek – Przyjmujący Zamówienie może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania pierwotnie wyznaczonego terminu.

VIII. Termin związania ofertą.

1. Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni.
2. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

IX. Tryb udzielania wyjaśnień dotyczących materiałów informacyjnych.

1. Przyjmujący Zamówienie może zwrócić się do Udzielającego Zamówienia z pytaniami o wyjaśnienie warunków postępowania bądź sposobu przygotowania oferty w okresie czasu przed złożeniem oferty telefonicznie, mailowo bądź na piśmie. Udzielający Zamówienia udzieli odpowiedzi Przyjmującemu Zamówienie w najkrótszym możliwym czasie.
2. Osobami upoważnionymi do kontaktu ze strony Udzielającego Zamówienia są pracownicy Działu Organizacji i Nadzoru SP ZOZ MSW w Łodzi, telefon: (42) 63-41-262 Fax. (42) 678-55-23, email: dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl.
3. Udzielający Zamówienie powiadomi przystępujące do postępowania firmy o wyniku postępowania drogą mailową bądź telefaksu niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.

X. SP ZOZ MSW w Łodzi zastrzega sobie prawo do odwołania postępowania bez podania przyczyny oraz prawo do przesunięcia terminów składania, otwarcia, rozstrzygnięcia ofert.



ISO 9001:2008



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w ŁODZI

91-425 Łódź, ul. Północna 42
centrala tel. 42 634 11 00, sekretariat tel. 42 634 11 12, fax 42 678 55 23
<http://www.szpital.lodz.pl> dyrekcja@szpital.lodz.pl

Załącznik nr 1 – Formularz Ofertowy

.....
Pieczętka Przyjmującego Zamówienie

Oferta na usługę pilnego przewozu krwi i preparatów krwiopochodnych oraz próbek krwi i wyników badań do i z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi przy ulicy Franciszkańskiej 17/25 na potrzeby SP ZOZ MSW w Łodzi

Nazwa i adres Przyjmującego Zamówienie

NIP:

REGON:.....KRS.....

Telefon.....Fax.....

Adres email.....

Numer rachunku bankowego

OFERTA CENOWA:

L.p.	Rodzaj świadczenia	Cena jednostkowa netto za kurs	Cena jednostkowa brutto za kurs	Czas oczekiwania na przyjazd (nie dłużej niżgodzin)
1	2	3	4	5
1.	usługa pilnego przewozu krwi i preparatów krwiopochodnych oraz próbek krwi i wyników badań do i z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi przy ulicy Franciszkańskiej 17/25			

.....
Data i podpis Przyjmującego Zamówienie



ISO 9001:2008





**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w ŁODZI**

91-425 Łódź, ul. Północna 42
centrala tel. 42 634 11 00, sekretariat tel. 42 634 11 12, fax 42 678 55 23
<http://www.szpital.lodz.pl> dyrekcja@szpital.lodz.pl

Załącznik nr 2 – Oświadczenie

.....
Pieczętka Przyjmującego Zamówienie

Oświadczenie Przyjmującego Zamówienie

1. Oświadczam, że **spełniam warunki** określone dla podmiotu realizującego **usługę pilnego przewozu krwi i preparatów krwiopochodnych oraz próbek krwi**
2. Oświadczam, że **zapoznałem się** z opisem przedmiotu zamówienia i warunkami przystąpienia do postępowania i nie wnoszę w tym zakresie uwag.
3. Oświadczam, że **zainteresowałem się** wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że **pozostanę związany** ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty **są zgodne** z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że **zobowiązuję się** do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymagana od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
7. Oświadczam, że **umowę będę realizował** zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami NFZ.
8. Oświadczam, że **liczba i kwalifikacje personelu** wykonującego usługę, **są zgodne** z obowiązującymi przepisami prawa, w tym przepisami NFZ.
9. Oświadczam, że **są zgodne** usługi transportu będzie wykonywana środkami transportu sanitarnego spełniającymi odpowiednie cechy techniczne i jakościowe określone Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane oraz zgodnego z aktualnymi standardami i przepisami prawa, w tym przepisami z NFZ zakresie transportu sanitarnego.

.....
Data i podpis Przyjmującego Zamówienie