



**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi**

ul. Północna 42
91-425 Łódź

(42) 63 41 100 – Centrala
(42) 63 41 112 – Sekretariat
(42) 67 85 523 – Fax

www.szpital.lodz.pl
dyrekcja@szpital.lodz.pl

Łódź dnia 20.12.2017 r.

ZAPROSZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OFERTOWYM

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi zaprasza do wzięcia udziału w postępowaniu ofertowym, prowadzonym w trybie art. 26 ust. 4a Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2016. poz. 1638 z późniejszymi zmianami).

I. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

Przedmiotem postępowania jest wykonywanie usług na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi w zakresie technik dentystycznych (**ceramika dentystyczna, protetyka na implantach, aparaty ortodontyczne, protetyka standardowa**) – wykaz usług w Załączniku nr 2.

II. DANE UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi
ul. Północna 42, 91-425 Łódź
NIP: 726-00-04-820, REGON: 470805076
Tel. (42) 63-41-112 / 262, FAX. (42) 678-55-23.
e-mail. dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl

III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Wykonywanie usług w zakresie technik dentystycznych na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi – Załącznik nr 2 do niniejszych warunków konkursowych określa wykaz usług będących przedmiotem niniejszego postępowania.
2. Szczegółowy zakres przedmiotu zamówienia określa umowa stanowiąca załącznik nr 4 do niniejszych warunków szczegółowych.
3. Przedmiot zamówienia składa się z 17 części (pakietów). Oferent może złożyć ofertę na wszystkie, bądź na wybrane części przedmiotu zamówienia.

IV. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Przedmiot zamówienia będzie realizowany przez Wykonawcę w okresie 24 miesięcy, tj. od 01.01.2018 r. do 31.12.2019 r.

V. WYMAGANIA W STOSUNKU DO PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oferent winien dysponować odpowiednią liczbą personelu o kwalifikacjach zawodowych koniecznych do właściwego wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.





**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi**

ul. Północna 42
91-425 Łódź

(42) 63 41 100 – Centrala
(42) 63 41 112 – Sekretariat
(42) 67 85 523 – Fax

www.szpital.lodz.pl
dyrekcja@szpital.lodz.pl

2. Oferent winien posiadać miejsce świadczenia usług, warunki lokalowe, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną jest zgodny z wymogami przewidzianymi przepisami prawa, które pozwolą na realizację pełnego zakresu zamówienia objętego przedmiotową umową.
3. Udzielający Zamówienia wymaga potwierdzenia przez Oferenta faktu posiadania aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC, której minimalna suma gwarancyjna jest zgodna z obowiązującymi przepisami prawa.

VI. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

- 1) Oferent wypełnia Załącznik nr 1 – Formularz Ofertowy.
- 2) Oferent wypełnia Załącznik nr 2 – Oferta cenowa.
- 3) Oferent wypełnia Załącznik nr 3 – Oświadczenie Oferenta.
- 4) Oferent załącza Załącznik nr 4 – projekt umowy będącej wynikiem niniejszego postępowania, zatwierdzony podpisem Oferenta na każdej stronie.
- 5) Oferent załącza Załącznik nr 5 – kopię polisy ubezpieczeniowej OC, o której mowa w pkt. V.
- 6) Wszystkie dokumenty i załączniki muszą być podpisane lub potwierdzone za zgodność z oryginałem przez prawnego przedstawiciela firmy lub osobę upoważnioną (wtedy należy załączyć stosowne pełnomocnictwo).
- 7) Wszelkie zmiany lub poprawki w ofercie muszą być parafowane własnoręcznie.
- 8) Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.
- 9) Oferta winna być złożona w formie pisemnej, w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami.

VII. KRYTERIA OCENY OFERT

- 1) Przy wyborze oferty Udzielający Zamówienia będzie kierował się kryterium ceny.
 - Cena ofertowa pakietu (tj. łączna wartość brutto) - 100 %

$$\frac{\text{Cena min.}}{\text{Cena oferty badanej}} \times \text{waga kryterium} - 100 \text{ pkt., gdzie:}$$

Cena min. – najniższa łączna wartość brutto danego pakietu spośród wszystkich ocenianych ofert

- 2) W przypadku ofert zawierających takie same propozycje cenowe za dane badanie Udzielający Zamówienia wybierze Oferenta oferującego najkrótszy czas oczekiwania na wykonanie usługi.
- 3) W toku badania i oceny ofert Udzielający Zamówienia może żądać od Oferenta wyjaśnień dotyczących treści złożonej oferty.





**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi**

ul. Północna 42
91-425 Łódź

(42) 63 41 100 – Centrala
(42) 63 41 112 – Sekretariat
(42) 67 85 523 – Fax

www.szpital.lodz.pl
dyrekcja@szpital.lodz.pl

- 4) W przypadku omyłek rachunkowych tj. wadliwego wyniku działania arytmetycznego oczywistym dla Udzielającego Zamówienia będzie, iż cena jednostkowa brutto została podana prawidłowo

IX. TERMIN I FORMA SKŁADANIA OFERT

- 1) Ofertę należy złożyć najpóźniej do dnia **28.12.2017 r. do godz. 12:00.**
- 2) Ofertę należy złożyć osobiście lub przesłać pocztą/kurierem w oryginale do 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.

X. SPOSÓB POROZUMIENIA SIĘ UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA I OFERENTÓW

- 1) Osobami upoważnionymi do kontaktu ze strony Udzielającego Zamówienia są pracownicy Działu Organizacji i Nadzoru SP ZOZ MSWiA w Łodzi, telefon: (42) 63-41-262, Fax (42) 678-55-23, email: dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl.
- 2) Udzielającego Zamówienia powiadomi przystępujące do postępowania firmy o wyniku postępowania drogą mailową bądź telefaksu niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.

XI. TERMIN ZWIĄZANIA Z OFERTĄ

Termin związania z ofertą wynosi 30 dni licząc od dnia następnego po ostatnim dniu terminu składania ofert.





**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi**

ul. Północna 42
91-425 Łódź

(42) 63 41 100 – Centrala
(42) 63 41 112 – Sekretariat
(42) 67 85 523 – Fax

www.szpital.lodz.pl
dyrekcja@szpital.lodz.pl

Załącznik nr 1

Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie badań obrazowych za pomocą rezonansu magnetycznego na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi.

Nazwa i adres Oferenta
.....
Oferent wpisany do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy
....., Wydział Krajowego Rejestru
Sądowego pod numerem KRS.....
Lub CEIDG
NIP:
REGON:.....
TelefonFax.....
Adres email.....
Numer rachunku bankowego

Data i czytelny podpis Oferenta





**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi**

ul. Północna 42
91-425 Łódź

(42) 63 41 100 – Centrala
(42) 63 41 112 – Sekretariat
(42) 67 85 523 – Fax

www.szpital.lodz.pl
dyrekcja@szpital.lodz.pl

Załącznik nr 3

Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że **zapoznałem się** z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że **nie wnoszę zastrzeżeń** do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w w/w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
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 kwalifikacje personelu wykonującego świadczenie zdrowotne, aparatura, sprzęt medyczny i laboratoryjny oraz warunki lokalowe **są zgodne** z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami NFZ.
9. Oświadczam, że **dysponuję** odpowiednią liczbą personelu o kwalifikacjach zawodowych koniecznych do właściwego wykonania badań będących przedmiotem zamówienia, a wyniki badań będą autoryzowane przez osoby o odpowiednich w danych zakresie kwalifikacjami i uprawnieniami.
10. Oświadczam, że **posiadam** odpowiednie miejsce świadczenia usług i warunki lokalowe, a sprzęt i aparatura medyczna jest zgodna z wymogami przewidzianymi przepisami prawa, które pozwolą na realizację pełnego zakresu zamówienia objętego umową.

Data i czytelny podpis Oferenta

