



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
**Powiatowy Szpital Specjalistyczny**

37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4  
NIP: 865-20-75-413, REGON: 0003125672

III.2.230/1225 I ZP/391/2020

Stalowa Wola, dnia 23.10.2020r.

**Nr postępowania: 1225 I ZP/2020**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

Nazwa zadania: „Świadczenie usług dezynsekcji i deratyzacji w obiektach Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli”.

Zamawiający – Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli, zaprasza do złożenia oferty dla zamówienia publicznego o wartości mniejszej niż wyrażona w złotych równowartość kwoty 30 000 euro, zgodnie z art. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2019 poz. 1843).

**I. ZAMAWIAJĄCY**

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli  
37 – 450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4  
fax (0-15) 843 33 97  
www.szpital-stw.com  
e-mail: zam-publ@szpital-stw.com

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług dezynsekcji i deratyzacji w obiektach Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli w okresie 3 lat od daty podpisania umowy.

1. Jednorazowe dostarczenie w ramach użyczenia oraz zainstalowanie 40 stacji deratyzacyjnych(karmniki, chwytacze, pułapki). Wymiana stacji w przypadku uszkodzenia, kradzieży.
2. Jednorazowe dostarczenie w ramach użyczenia oraz zainstalowanie lampy owadobójczej.
3. Jednorazowe dostarczenie w ramach użyczenia oraz zainstalowanie 30 pułapek / detektorów owadów. Wymiana w przypadku uszkodzenia, kradzieży.
4. Przegląd chwytaczy żywołownych 1 raz w miesiącu, utylizacja gryzoni. W przypadku złapania się gryzonia przyjazd na wezwanie telefoniczne, czas reakcji na wezwanie do 24 godz.
5. Wymiana lepców dezynsekcyjnych
6. Wymiana uszkodzonych naklejek informacyjnych
7. Uzupełnianie trutki deratyzacyjnej do wymaganego stanu
8. Częstotliwość wykonywania usługi wynosi 1 do 2 dni w miesiącu, w zależności od potrzeb zakładu oraz na wezwanie telefoniczne, czas reakcji na wezwanie do 24 godz.
9. Przegląd 1 raz w miesiącu pułapek/detektorów i stacji deratyzacyjnych. Sporządzenie raportu z przeglądu pułapek/ detektorów i stacji deratyzacyjnych i przekazanie kopii do kierownika Działu Techniczno- Eksploatacyjnego.
10. Interwencja na zgłoszenie telefoniczne w przypadku os, pluskiew, much, mrówek itp.



tel.: 15 8433 205  
fax: 15 8420 672  
e-mail: sekretariat@szpital-stw.com  
[www.szpital-stw.com](http://www.szpital-stw.com)



15



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
**Powiatowy Szpital Specjalistyczny**

37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4  
NIP: 865-20-75-413, REGON: 0003125672

11. Opracowanie procedury monitorowania szpitala w zakresie DDD i dostarczenie procedury do Zamawiającego.

**III. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA:**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia lub zamknięcia postępowania poza ustawą na każdym jego etapie bez podania przyczyny.
2. Zamawiający może żądać od wykonawcy dodatkowych wyjaśnień
3. Wszelkie koszty związek z przygotowaniem oferty ponosi Wykonawca.
4. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
5. Do spraw nieuregulowanych w niniejszym zaproszeniu mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.
6. W przypadku, jeżeli dwie lub więcej ofert przedstawi taki sam bilans ceny za realizację przedmiotu zamówienia, Zamawiający wezwie Wykonawcę do złożenia oferty dodatkowej w określonym przez Zamawiającego terminie. Zamawiający będzie pozyskiwał oferty dodatkowe do skutecznego wyboru oferty najkorzystniejszej;

**IV. WYKONAWCA WRAZ Z OFERTĄ SKŁADA:**

- formularz ofertowy (załącznik nr 1)
- pełnomocnictwo (jeżeli dotyczy)

**V. KRYTERIA OCENY OFERT:**

Zamawiający będzie oceniał oferty według następujących kryteriów:

Nr:	Nazwa kryterium:	Waga:
1	Cena	100 %

Punkty przyznawane za kryteria będą liczone według następujących wzorów:

Nr kryterium:	Wzór:
1	Cena $\text{Liczba punktów} = (C_{\min}/C_{\text{of}}) * 100 * \text{waga}$ gdzie: - $C_{\min}$ - najniższa cena brutto spośród wszystkich ofert - $C_{\text{of}}$ - cena brutto podana w ofercie

**VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN ZŁOŻENIA I OTWARCIA OFERT:**

- 1) Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego, tj.  
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli ul. Staszica 4, 37 – 450 Stalowa Wola,  
Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, pokój nr 7  
**do dnia 29.10.2020 roku, do godziny 10:00**
- 2) Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego, tj.  
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli, ul. Staszica 4, 37 – 450 Stalowa Wola,



tel.: 15 8433 205  
fax: 15 8420 672  
e-mail: sekretariat@szpital-stw.com  
[www.szpital-stw.com](http://www.szpital-stw.com)





Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
**Powiatowy Szpital Specjalistyczny**

37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4  
NIP: 865-20-75-413, REGON: 0003125672

Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, pokój nr 7,  
w dniu 29.10.2020 roku o godzinie 10:15.

**Dopuszcza się przesłanie oferty w tym samym terminie w formie skanu z podpisem uprawnionej osoby na adres e-mail: zam-publ@szpital-stw.com oraz przesłanie oryginału oferty w możliwe najkrótszym czasie.**

**VII. PROJEKT UMOWY:**

Zamawiający wymaga od Wykonawcy, aby zawarł z nim umowę na warunkach określonych w projekcie umowy, stanowiącym **załącznik nr 2** do zapytania ofertowego.

**VIII. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

- 1) Zaleca się, aby ofertę sporządzić na drukach będących załącznikami do niniejszego zapytania ofertowego. Dopuszcza się przedstawienie oferty na własnych formularzach drukowanych z systemów, na których Wykonawca pracuje, ale muszą one zawierać wymagane przez Zamawiającego elementy.
- 2) Oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie składania ofert zostanie zwrócona Wykonawcy bez otwierania;
- 3) Ofertę należy sporządzić w języku polskim, w formie pisemnej;
- 4) Cena brutto winna zawierać wszystkie koszty i składniki do wykonania zamówienia;
- 5) Oferta winna być podpisana przez osobę upoważnioną;
- 6) W przypadku, gdy załącznikiem do oferty jest kopia dokumentu, musi być ona potwierdzona przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem poprzez dodanie adnotacji: „za zgodność z oryginałem”, datę i umieszczenie podpisu upoważnionego przedstawiciela.
- 7) Ofertę składaną w kopercie należy opisać:  
*OFERTA - Świadczenie usług dezynsekcji i deratyzacji w obiektach Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli. Nie otwierać do dnia 29.10.2020 do godziny 10:15*
- 8) Termin związania ofertą:
  - a) Wykonawca będzie związany ofertą 30 dni od terminu składania ofert.
  - b) Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
- 9) Pytania Wykonawcy przekazują przy użyciu środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail: zam-publ@szpital-stw.com

**IX. ZAŁĄCZNIKI DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO:**

- załącznik nr 1 – formularz oferty
- załącznik nr 2 – wzór umowy

**p.o. DYREKTOR SP ZZOZ**  
Powiatowy Szpital Specjalistyczny  
w Stalowej Woli

*Grzegorz Czajka*

(podpis Kierownika Zamawiającego)



tel.: 15 8433 205  
fax: 15 8420 672  
e-mail: sekretariat@szpital-stw.com  
[www.szpital-stw.com](http://www.szpital-stw.com)



