



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

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

III.2.230/612 ZP/D/166/2020

Stalowa Wola, dnia 29.05.2020r.

**Nr postępowania: 612 ZP/D/2020**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

Nazwa zadania: „Wykonanie aktualizacji projektu budowlanego-wykonawczego i programu funkcjonalno – użytkowego przebudowy części pomieszczeń drugiego piętra Pierwszego Pawilonu Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli z przeznaczeniem na Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym”.

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 są prace projektowe „Wykonanie aktualizacji projektu budowlanego-wykonawczego i programu funkcjonalno – użytkowego przebudowy części pomieszczeń drugiego piętra Pierwszego Pawilonu Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli z przeznaczeniem na Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym” zgodnie z załącznikami do niniejszego zapytania ofertowego.

2. Termin wykonania zamówienia:

1. Wykonawca do umowy dołączy **harmonogram sukcesywnego dostarczania opracowywanych dokumentów**, z tym zastrzeżeniem, że dostawa poszczególnych części projektów nie może się kumulować – odstęp czasowy pomiędzy kolejnymi dostawami powinien wynosić minimalnie tyle ile wynosi czas na wydanie opinii przez Zamawiającego dla tego elementu opracowania.
2. Przedmiot zamówienia zostanie wykonany w terminie **do 40 dni kalendarzowych** od daty podpisania umowy.

**III. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA:**

- 1) Wykaz usług wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, odpowiadających swoim rodzajem i wartością usługom stanowiącym przedmiot zamówienia wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu,



ISO 9001:2008



CERT. NR 0122.PSSW

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



CERTYFIKAT 2011/29



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

## Powiatowy Szpital Specjalistyczny

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

dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów określających czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

Zamawiający uzna warunek za spełniony jeżeli ze złożonego wykazu o którym mowa w niniejszym punkcie będzie wynikało, że Wykonawca wykonał, **co najmniej 2 zamówienia na usługę wykonania dokumentacji projektowej dla obiektów w zakresie obiektów sektora ochrony zdrowia, nowych (budowanych) lub dotychczas istniejących (w zakresie ich przebudowy/rozbudowy), o wartości usługi min. 20 000,00 zł brutto**, sporządzonego według propozycji stanowiącej **Załącznik Nr 5** do zapytania ofertowego.

- 2) wykaz osób skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami, wg **Załącznik nr 4** do zapytania ofertowego

Wykonawca przedstawi wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności dysponuje zespołem projektowym składającym się z:

- 1) co najmniej jednym projektantem w specjalności architektonicznej
- 2) co najmniej jednym projektantem w specjalności sanitarnej
- 3) co najmniej jednym projektantem w specjalności elektrycznej
- 4) co najmniej jednym konstruktorem

sporządzonego według propozycji stanowiącej **Załącznik Nr 4** do niniejszego zapytania ofertowego.

- 3) dokument potwierdzający, że Wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia na sumę gwarancyjną określoną przez Zamawiającego, tj. minimum 200 000,00 złotych.
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 związane 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.



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

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)
- formularz cenowy (załącznik nr 2)
- wykaz wykonanych usług wraz z dowodami wykonania usług (referencje lub inne dokumenty) w oryginałach lub ich kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy (załącznik nr 5)
- wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia (załącznik nr 4)
- dokument potwierdzający, że Wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej
- 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 $\text{Liczba punktów} = (\text{Cmin}/\text{Cof}) * 100 * \text{waga}$ <p>gdzie: - Cmin - najniższa cena brutto spośród wszystkich ofert - Cof - cena brutto podana w ofercie</p>

**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 08.06.2020 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,  
Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, pokój nr 7,  
**w dniu 08.06.2020 roku o godzinie 10:15.**

**VII. PROJEKT UMOWY:**



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

Zamawiający wymaga od Wykonawcy, aby zawarł z nim umowę na warunkach określonych w projekcie umowy, stanowiącym załącznik nr 6 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 należy złożyć w kopercie z dopiskiem:

„Wykonanie aktualizacji projektu budowlanego-wykonawczego i programu funkcjonalno – użytkowego przebudowy części pomieszczeń drugiego piętra Pierwszego Pawilonu Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli z przeznaczeniem na Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym”. Nie otwierać do dnia 08.06.2020 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. OSOBAMI ZE STRONY ZAMAWIAJĄCEGO UPOWAŻNIONYMI DO KONTAKTOWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI SĄ:

W zakresie formalnym Agata Mazur e-mail: zamowienia@szpital-stw.com

W zakresie merytorycznym Jolanta Mazur e-mail: techniczny@szpital-stw.com

### X. ZAŁĄCZNIKI DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO:

- załącznik nr 1 – formularz oferty
- załącznik nr 2 – formularz cenowy
- załącznik nr 3 – załączniki graficzne
- załącznik nr 4 – wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia
- załącznik nr 5 - wykaz wykonanych usług
- załącznik nr 6 – wzór umowy
- załącznik nr 7 – opis przedmiotu zamówienia

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

*Ilek. med. Anny Komsa*

(podpis Kierownika Zamawiającego)



ISO 9001:2008

CERT. NR 9122.PSSW

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

