

**Nr sprawy BZP.38.383-4.20**

### Formularz oferty

**Postępowania o udzielenie zamówienia o wartości nie przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro, na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. – Prawo Zamówień Publicznych – procedura udzielenie zamówienia równej lub przekraczającej kwoty 3 000 euro do 30 000 euro, zgodnie z § 22 Regulaminu.**

#### **Cześć A:**

Na wykonanie **dostaw**/usług/robót budowlanych poniżej 30 000 euro.

#### L. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJACEGO

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2  
Al. Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie – Zdrój  
REGON: 272790824, NIP: 633-10-45-778, KRS 0000048508

#### II. NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

1. Zamawiający zaprasza do złożenia oferty na zamówienie pn: **Dostawa wyposażenia meblowego w ramach realizacji projektu „Drugi Dom” – utworzenie miejsc krótkookresowego, całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych w zastępstwie za opiekunów faktycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.**
2. Przedmiot zamówienia został podzielony na **2 pakiety** tj.:
  - **Pakiet nr 1 – Krzesła, kanapy, fotele;**
  - **Pakiet nr 2 – Szafy, szafki, stoły, regały, biurka.**
3. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych w ramach ustalonego pakietu na poszczególne pozycje.
4. Dokładny opis przedmiotu zamówienia zawarty jest w Załączniku nr 2 do Formularza oferty – Formularz asortymentowo – cenowy (parametry techniczno-użytkowe).
5. Wspólny Słownik Zamówień (CPV):
  - 39100000-3 - Meble;
  - 39130000-2 - Meble biurowe;
  - 39120000-9 - Stoły, kredensy, biurka i biblioteczki
  - 39110000-6 - Siedziska, krzesła i produkty z nimi związane, i ich części

#### III. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Wymagany termin dostawy przedmiotu zamówienia:

**- od dnia przekazania Wykonawcy zestawienia kolorów do dnia 25.03.2020 r.**

#### IV. WARUNKI PŁATNOŚCI

Należność za dostarczony przedmiot umowy płatna będzie zgodnie z prawidłowo wystawioną fakturą w terminie **30 dni** od dnia doręczenia faktury w wersji papierowej do siedziby Zamawiającego lub elektronicznej na adres e-mail: szpital@wss2.pl, po uprzednim dostarczeniu przedmiotu umowy. Jako dzień zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

#### V. INNE WYMAGANIA: (jeżeli dotyczy)

Gwarancja dla wykonanej dostawy wynosić będzie: minimum 24 miesiące od dnia podpisania bezusterkowego protokołu odbioru końcowego przedmiotu umowy. Zamawiający zastrzega, że okres ten nie może być dłuższy niż 36 miesięcy od dnia podpisania bezusterkowego protokołu odbioru końcowego przedmiotu umowy<sup>1</sup>.

#### VI. OPIS SPOSOBU ZŁOŻENIA OFERTY:

1. Ofertę na **Formularzu oferty** należy złożyć w terminie do dnia **31.01.2020r. do godz. 09:00:**
  - pisemnie, na adres Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2, Al. Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie

<sup>1</sup>Okres gwarancji zależeć będzie od deklaracji Wykonawcy złożonej w Formularzu asortymentowo-cenowym.

- Zdrój, I p, Sekretariat (koperta zaklejona, opisana: Procedura do 30.000 euro **BZP.38.383-4.20)-nie otwierać przed 31.01.2020r. godz. 09:00)** lub

• faksem z podpisem Wykonawcy (oferta nie podpisana zostanie odrzucona) na numer 32 47 84 549 lub

• w wersji elektronicznej z podpisem Wykonawcy (oferta nie podpisana zostanie odrzucona) e-mail: [zp@wss2.pl](mailto:zp@wss2.pl).

2. Cena w niej podana ma być wyrażona cyfrowo i słownie.

3. Winna być napisana w języku polskim, czytelnie.

4. Winna obejmować całość zamówienia.

#### VII. OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

Wykonawca winien zapoznać się z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy.

#### VIII. OFERTA MA ZAWIERAĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY I ELEMENTY:

1. Część A i wypełnioną część B Formularza oferty.

2. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy).

3. Dokument określający zasady reprezentacji oraz osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy (jeżeli nie wynikają one z innych dokumentów załączonych przez Wykonawcę do oferty), a jeżeli Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik - także pełnomocnictwo, określające zakres umocowania podpisane przez osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy.

4. W celu identyfikacji zaofertowanego przedmiotu zamówienia (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w Formularzu asortymentowo – cenowym (parametry techniczno-użytkowe), w ofercie należy podać nazwę producenta, model, numer katalogowy (jeżeli dotyczy) oferowanego przedmiotu zamówienia co umożliwi jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.

#### IX. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY W SKŁADANEJ PROPOZYCJI CENOWEJ:

1. W cenie oferty winny zawierać się wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia.

2. W Formularzu oferty należy podać cenę oferty: wartość netto i wartość brutto.

#### X. KRYTERIUM OCENY OFERT:

1. Cena – 60%,

2. Gwarancja - 40%

3. Zamawiający będzie oceniał oferty według następujących kryteriów:

Lp.	Nazwa kryterium	Waga
1.	Cena (koszt) – „C”	60%
2.	Gwarancja – „G”	40%

4. Punkty przyznawane za podane w pkt. X ust. 1 kryteria „Cena (koszt)” – „C” będą liczone według następującego wzoru:

Nr kryterium	Wzór
1.	<p>Cena brutto:</p> $\text{Wartość punktowa ceny} = \frac{C_{\min}}{C_{\text{bad}}} \times 100 \times 60 \%$ <p>gdzie: <math>C_{\text{bad}}</math> - cena brutto podana w badanej ofercie  <math>C_{\min}</math> - najniższa cena brutto spośród wszystkich ofert</p>

5. Punkty przyznawane za podane w pkt. X ust. 2 kryterium „Gwarancja” – „G” będą przyznawane następująco:

Nr kryterium	Wzór
2.	Gwarancja: $\text{Wartość punktowa gwarancji} = \frac{G_{\text{bad}}}{G_{\text{max}}} \times 100 \times 40 \%$ gdzie: $G_{\text{bad}}$ – gwarancja podana w badanej ofercie $G_{\text{max}}$ – gwarancja najwyższa spośród wszystkich ofert

6. Punkty wyliczone w każdym z w/w kryteriów zostaną zsumowane. W ten sposób Zamawiający uzyska ocenę końcową K. Spośród ofert niepodlegających odrzuceniu Zamawiający wybierze ofertę o najwyższej wartości oceny końcowej K. Wynik przedstawiony zostanie w punktach. Obliczenia będą prowadzone z dokładnością do 2 miejsc po przecinku.

$$K = C + G$$

**XI. OSOBAMI WYZNACZONYMI DO KONTAKTU W SPRAWACH:**

a) merytorycznych są:

- Mariola Lech-Wasiak – Pełnomocnik ds. promocji i projektów pomocowych (32) 478-45-08;

b) formalno – prawnych:

- Izabela Fajkis – Inspektor ds. Zamówień Publicznych (32) 478-45-48

**XII. ZAŁĄCZNIKI:**

Załącznik nr 1 – Wzór umowy,

Załącznik nr 2 – Formularz asortymentowo – cenowy (parametry techniczno-użytkowe).

**Cześć B:**

**I NAZWA I ADRES WYKONAWCY:**

.....  
 .....  
 .....

**NIP** ..... **Regon** .....

**Nr telefonu**..... **e-mail**:.....

**Nazwa banku i numer rachunku bankowego:**

.....

**II. OFERUJĘ WYKONANIE NIŻEJ WYMIENIONEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZA CENĘ:**

**Pakiet nr 1 – Krzesła, kanapy, fotele**

Netto: ..... zł / słownie: .....

Brutto: ..... zł / słownie: .....

**Pakiet nr 2 – Szafy, szafki, stoły, regały, biurka**

Netto: ..... zł / słownie: .....

Brutto: ..... zł / słownie: .....

**Netto**:.....zł/słownie:...../

**Brutto**:.....zł/słownie:...../

Należność za dostarczony przedmiot umowy płatna będzie zgodnie z prawidłowo wystawioną fakturą w terminie **30 dni** od dnia doręczenia faktury w wersji papierowej do siedziby Zamawiającego lub elektronicznej na adres e-mail: szpital@wss2.pl, po uprzednim dostarczeniu przedmiotu umowy. Jako dzień zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.



III. OSOBAMI WYZNACZONYMI DO KONTAKTU ZE STRONY WYKONAWCY SĄ:

1. ....
2. ....

IV. OŚWIADCZENIA:

1. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy i nie wnosi do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Wykonawca oświadcza, że wykona przedmiot zamówienia w terminie określonym przez Zamawiającego.

V. ZAŁĄCZM DO NINIEJSZEGO FORMULARZA NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI, STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY:

1. ....
2. ....

Miejscowość ..... dnia .....

.....  
Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych  
do reprezentowania Wykonawcy  
pieczęć Wykonawcy