

Nr sprawy BZP.38.383-37.19

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 2004 r. – Prawo zamówień publicznych – procedura udzielenie zamówienia równej lub przekraczającej kwoty 2 000 euro do 30 000 euro, zgodnie z § 22 Regulaminu.

Cześć A:

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

I. 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:

- Zamawiający zaprasza do złożenia oferty na zamówienie pn: **Dostawa sprzętu AGD w ramach projektów:**
 - 1) Poprawa jakości i dostępności do świadczeń ochrony zdrowia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.**
 - 2) Przebudowa, doposażenie Oddziału Urazowo-Ortopedycznego oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju dla osób przewlekle chorych i starszych oraz diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób układu ruchu.**
- Dokładny opis przedmiotu zamówienia zawarty jest w Załączniku nr 2 do Formularza oferty: Formularz asortymentowo-cenowy.
- Wspólny Słownik Zamówień (CPV):
- 39711100-0 - Chłodziarki i zamrażarki;

III. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Wymagany termin dostawy przedmiotu zamówienia:
- do dwóch tygodni od dnia zawarcia umowy

IV. WARUNKI PŁATNOŚCI

Należność za wykonaną dostawę płatna będzie w terminie 30 dni od dnia doręczenia faktury do siedziby Zamawiającego, po uprzednim protokolarnym przekazaniu 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 umowy¹.

VI. OPIS SPOSOBU ZŁOŻENIA OFERTY:

- Ofertę na **Formularzu oferty** należy złożyć w terminie do dnia **19.08.2019 r. do godz. 10:00:**
 - pisemnie, na adres Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2, Al. Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie - Zdrój, I p, Sekretariat (koperta zaklejona, opisana: Procedura do 30.000 euro **BZP.38.383-37.19**)- **nie otwierać przed 19.08.2019 r.)** lub
 - faksem z podpisem Wykonawcy (oferta nie podpisana zostanie odrzucona) na numer 032 47 84 549 lub

¹Okres gwarancji zależeć będzie od deklaracji Wykonawcy złożonej w Formularzu asortymentowo-cenowym

- w wersji elektronicznej z podpisem Wykonawcy (oferta nie podpisana zostanie odrzucona) e-mail: 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 lub jego część (Pakiet).

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. Wypełnioną część A i część B Formularza oferty.
2. Wypełniony Załącznik nr 2 do Formularza oferty: Formularz asortymentowo – cenowy.
3. 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).
4. W celu identyfikacji zaoferowanego przedmiotu zamówienia (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w Formularzu asortymentowo-cenowym, 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 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: C_{bad} - cena brutto podana w badanej ofercie C_{\min} - 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.	<p>Gwarancja:</p> $\text{Wartość punktowa gwarancji} = \frac{G_{\text{bad}}}{G_{\text{max}}} \times 100 \times 40 \%$ <p>gdzie: G_{bad} – gwarancja podana w badanej ofercie G_{max} – gwarancja najwyższa spośród wszystkich ofert</p>

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:

- ze strony Zamawiającego: Mariola Lech-Wasiak – Pełnomocnik ds. promocji i projektów pomocowych; (32 47 84 508),
- ze strony Zamawiającego: Eugeniusz Klapuch – Z-ca Dyrektora do spraw Technoczo – Eksploatacyjnych (32 47 84 501),

b) formalno – prawnych:

- ze strony Zamawiającego: Dorota Marcol - Specjalista ds. Zamówień Publicznych (32 47 84 548),

XII. ZAŁĄCZNIKI:

Załącznik nr 1 – Wzór umowy,

Załącznik nr 2 – Formularz asortymentowo – cenowy.

Cześć B:

I NAZWA I ADRES WYKONAWCY:

.....

NIP **Regon**

e-mail:..... **Nazwa banku i numer rachunku bankowego:**

.....

II. OFERUJĘ WYKONANIE NIŻEJ WYMIENIONEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZA CENĘ:

Pakiet nr 1 – Czajnik elektryczny

Netto: zł / słownie:

Brutto: zł / słownie:

Pakiet nr 2 – Kuchenka mikrofalowa

Netto: zł / słownie:

Brutto: zł / słownie:

Pakiet nr 3 – Lodówka pod blatowa

Netto: zł / słownie:

Brutto: zł / słownie:

Pakiet nr 4 – Lodówka duża

Netto: zł / słownie:/

Brutto: zł /słownie:/

Ogółem:

Netto: zł / słownie:/

Brutto: zł /słownie:/

Należność za wykonaną dostawę płatna będzie w terminie 30 dni od dnia doręczenia faktur do siedziby Zamawiającego, po wykonaniu 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

(Pieczęć Wykonawcy)

Formularz asortymentowo – cenowy

Dostawa sprzętu AGD w ramach projektów:

- 1) **Poprawa jakości i dostępności do świadczeń ochrony zdrowia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.**
- 2) **Przebudowa, doposażenie Oddziału Urazowo-Ortopedycznego oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju dla osób przewlekle chorych i starszych oraz diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób układu ruchu. Znak sprawy: BZP.38.383-37.19**

Pakiet 1 – Czajnik elektryczny

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Czajnik elektryczny	Szt.	4					
RAZEM								

Warunki gwarancji i serwisu:			Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max. 36 miesięcy	TAK, podaćmiesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 35 do 24 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w Części A pkt. X ppkt. 3 Formularza oferty
2.	Serwis gwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe		Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail		Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I	Wymagania podstawowe		
1.	Pojemność czajnika min. 1,5 l	TAK, podać	

2.	Moc czajnika min. 2200 W	TAK, podać	
3.	Czajnik wykonany z tworzywa sztucznego	TAK	
4.	Czajnik wyposażony w zabezpieczenie przed włączeniem czajnika bez wody.	TAK	

UWAGA:

1. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaofferowany asortyment.
2. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści.

Miejscowość,, dnia2019 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
 do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 2

(Pieczęć Wykonawcy)

Formularz asortymentowo – cenowy
Dostawa sprzętu AGD w ramach projektów:

- 1) **Poprawa jakości i dostępności do świadczeń ochrony zdrowia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.**
- 2) **Przebudowa, doposażenie Oddziału Urazowo-Ortopedycznego oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju dla osób przewlekle chorych i starszych oraz diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób układu ruchu. Znak sprawy: BZP.38.383-37.19**

Pakiet 2 – Kuchenka mikrofalowa

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Kuchenka mikrofalowa	Szt.	3					
RAZEM								

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max. 36 miesięcy	TAK, podaćmiesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 35 do 24 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru

				zawartego w Części A pkt. X ppkt. 3 Formularza oferty
2.	Serwis gwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe		Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail		Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I	Wymagania podstawowe		
1.	Moc kuchenki min. 800 W	TAK, podać	
2.	Sterowanie elektroniczne	TAK	
3.	Kuchenka wyposażona min. w opcje podgrzewania, rozmrażania.	TAK, podać	

UWAGA:

1. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
2. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści.

Miejscowość,, dnia2019 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

Załącznik nr 2

Formularz asortymentowo – cenowy

Dostawa sprzętu AGD w ramach projektów:

- 1) **Poprawa jakości i dostępności do świadczeń ochrony zdrowia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.**
- 2) **Przebudowa, doposażenie Oddziału Urazowo-Ortopedycznego oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju dla osób przewlekle chorych i starszych oraz diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób układu ruchu. Znak sprawy: BZP.38.383-37.19**

Pakiet 3 – Lodówka pod blatowa

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Lodówka pod blatowa	Szt.	14					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max. 36 miesięcy	TAK, podaćmiesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 35 do 24 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w Części A pkt. X ppkt. 3 Formularza oferty
2.	Serwis gwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
-----	----------------------------	-----------------------------	--

I	Wymagania podstawowe		
1.	Wymiary lodówki: Wysokość 80 cm +/- 20 cm Szerokość 55 cm +/- 20 cm Głębokość: 60 cm +/- 20 cm	TAK, podać	
2.	Klasa efektywności energetycznej min. A	TAK, podać	
3.	Półki wykonane z hartowanego szkła	TAK	

UWAGA:

- Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
- Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści.

Miejscowość,, dnia2019 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
 do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 2

(Pieczęć Wykonawcy)

Formularz asortymentowo – cenowy
Dostawa sprzętu AGD w ramach projektów:

- 1) Poprawa jakości i dostępności do świadczeń ochrony zdrowia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.**
- 2) Przebudowa, doposażenie Oddziału Urazowo-Ortopedycznego oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju dla osób przewlekle chorych i starszych oraz diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób układu ruchu. Znak sprawy: BZP.38.383-37.19**

Pakiet 4 – Lodówka duża

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Lodówka duża	Szt.	2					
RAZEM								

Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max. 36 miesięcy	TAK, podaćmiesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 35 do 24 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w Części A pkt. X ppkt. 3 Formularza oferty
2.	Serwis gwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe		Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail		Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I	Wymagania podstawowe		
1.	Wymiary lodówki: Wysokość 170 cm +/- 20 cm Szerokość 60 cm +/- 20 cm Głębokość: 65 cm +/- 20 cm	TAK, podać	
2.	Lodówka bezszronowa	TAK	
3.	Klasa efektywności energetycznej min. A	TAK, podać	
4.	Zamrażalnik położony na dole lodówki	TAK	
5.	Elektroniczne sterowanie funkcjami lodówki.	TAK	

UWAGA:

- Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
- Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści.

Miejscowość,, dnia2019 r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*