Nałęczów, dnia 29 października 2024 r.

KSU.1-3321/14/24

**ZAPROSZENIE**

**DO ZŁOŻENIA OFERTY**

**na świadczenie usług transportu sanitarnego**

**dla Kolejowego Szpitala Uzdrowiskowego w Nałęczowie SPZOZ**

**I. Nazwa i adres Zamawiającego.**

Kolejowy Szpital Uzdrowiskowy w Nałęczowie SPZOZ

Górskiego 6, 24-140 Nałęczów.

Telefon 815014208

Adres e-mail: [postepowania@ksunaleczow.pl](mailto:postepowania@ksunaleczow.pl)

Adres strony internetowej: [www.ksunaleczow.pl](http://www.ksunaleczow.pl)

**II. Tryb udzielenia zamówienia.**

o wartości szacunkowej nie przekraczającej progu 130.000,00 zł określonego w art. 2 pkt.1 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1605)

**III. Opis przedmiotu zamówienia.**

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług całodobowego transportu sanitarnego

dostępnego 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, na wezwanie Zamawiającego przez

okres 25 miesięcy od daty zawarcia umowy w zakresie transportu świadczonego karetkami typu „S”, transportu sanitarnego świadczonego karetkami typu „P”

2. Oferent zobowiązuje się do punktualności – czas dojazdu od momentu przyjęcia

zgłoszenia do przybycia na miejsce do siedziby Zamawiającego, nie dłużej niż 40 minut.  
3. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

Szczegółowy opis zamówienia:

1. Transport typu „S”- Asekuracyjny z Lekarzem: – transport chorych do innych placówek

służby zdrowia w tym w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia w składzie karetki znajdują się co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz oraz pielęgniarka systemu ubezpieczenia zdrowotnego lub ratownik medyczny; świadczeń udziela lekarz.

2. Transport typu „P”- Sanitarny: transport świadczony zespołami sanitarnymi z ratownikiem medycznym (Podstawowymi) do wskazanych placówek lub miejsc, z wyłączeniem chorych

w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia.

Pojazdy realizujące zamówienie powinny spełniać wymogi określone w odpowiednich

przepisach dla danego rodzaju transportu.

3. Szacunkowa liczba kilometrów podana przy każdej części jest liczbą orientacyjną,

obliczoną na podstawie zapotrzebowania Zamawiającego na transport w latach

poprzednich, dlatego Zamawiający zastrzega sobie korzystanie z transportu zgodnie z

aktualnym zapotrzebowaniem - liczba usług transportu sanitarnego wynikać będzie z

bieżących potrzeb Zamawiającego.

- Szacunkowa ilość km dla Pakietu S - 1000 km w okresie 25 miesięcy

- Szacunkowa ilość km dla Pakietu P - 1000 km w okresie 25 miesięcy

**IV. Warunki udziału w postępowaniu.**

O udzielenie niniejszego zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają

warunki, dotyczące:

1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli

przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania, w tym być Podmiotem

Leczniczym,

2) posiadania wiedzy i doświadczenia,

3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do

wykonania zamówienia, w tym co najmniej jedną karetką typu S, i jedną

karetką typu P,

4) dobrej sytuacji ekonomicznej i finansowej,

5) nie są wykluczeni z postępowania.

Wykonawcy wykażą, że dysponują co najmniej jednym pojazdem do wykonania każdego

rodzaju usługi transportowej opisanej w rozdziale III oraz dysponują kierowcami

posiadającymi kwalifikacje niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia.

Wykonawcy, którzy nie wykażą spełnienia warunków udziału w postępowaniu podlegać będą

wykluczeniu z udziału w postępowaniu. Ofertę Wykonawcy wykluczonego uznaje się za

odrzuconą.

**V. Termin realizacji przedmiotu zamówienia.**

Realizacja zamówienia będzie świadczona w okresie od 2 grudnia 2024 r. do dnia 31 grudnia 2026 roku.

**VI. Informacja dotycząca oceny ofert.**

1. Cena musi być podana w PLN cyfrowo i słownie.

2. Oferta powinna zawierać cenę brutto.

3. Cena podana w ofercie powinna obejmować wszystkie koszty i składniki związane z

wykonaniem zamówienia.

4. Cena może być tylko jedna - nie dopuszcza się wariantowości cen.

5. W odniesieniu do oferentów, którzy spełnią warunki zostanie dokonana ocena oferty

na podstawie kryterium:

Kryteria oceny ofert i ich znaczenie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L p.** | **Nazwa kryterium** | **Waga** |
| 1 | Cena | 60% |
| 2 | warunki płatności w dniach, maks. 30 dni | 20% lub 40% |

Liczba punktów w kryterium cena będzie obliczona na podstawie następującego wzoru:

Punkty w kryterium „warunki płatności” przyznawane będą w następujący sposób:

* 1. Termin płatności: 14 dni – 20 punktów
  2. Termin płatności: 30 dni – 40 punktów

Oferta, uzyska maksymalną liczbę przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryteria zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja zamówienia

zostanie powierzona Wykonawcy, który uzyska najwyższą liczbę punktów.

**VII. Płatność.**

1. Zamawiający pokryje koszty usług transportowych w oparciu o ceny podane w

Formularzu ofertowym – załącznik nr 1.

2. Należność za wykonane usługi transportowej regulowana będzie przelewem na konto

Wykonawcy w okresach miesięcznych.

3. Podstawą do wystawienia faktur lub rachunków za wykonane usługi transportowe

będzie czas pracy kierowcy i przebieg kilometrów pojazdu zgodnie z dołączonym do

faktury raportem.

4. Transport liczony będzie za każdy kilometr przebiegu pojazdu, od miejsca

stacjonowania zespołów Wykonawcy, dotarcia do siedziby lub innego wskazanego

przez Szpital miejsca odbioru chorego, trasę przejazdu z chorym, i powrót do miejsca

stacjonowania oraz czasu pracy za każdą rozpoczętą godzinę pracy zespołu i ilości

godzin pracy tegoż zespołu, liczonego od wyjazdu z miejsca stacjonowania zespołu

Wykonawcy, dotarcia do siedziby lub innego wskazanego przez Szpital miejsca

odbioru chorego, czas przejazdu trasy z chorym i powrót do miejsca stacjonowania.

**VIII. Wykaz wymaganych dokumentów:**

W celu wykazania spełniają warunki udziału w postępowaniu Wykonawcy składają:

1. Wypełniony i podpisany Formularz ofertowy zgodnie ze wzorem - załącznik nr 1.

2. Oświadczenie o spełnieniu warunków oraz braku podstaw do wykluczenia z

postępowania z wykorzystaniem wzoru - załącznik nr 2.

3. Wykaz niezbędnych do wykonania zamówienia pojazdów z wykorzystaniem wzoru -

załącznik nr 3,

4. Oświadczenie o dysponowaniu osobami zdolnymi do wykonania niniejszego

zamówienia z wykorzystaniem wzoru – załącznik nr 4.

**IX. Opis przygotowania oferty:**

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim na formularzu oferty stanowiącym

załącznik nr 1, powinna zawierać wymagane dokumenty opisane w rozdziale VIII.

2. Oferta, aby była ważna musi być podpisana przez upoważnionych przedstawicieli

Wykonawcy, wymienionych w aktualnych dokumentach rejestrowych firmy lub osoby

posiadające pisemne pełnomocnictwo (do oferty należy dołączyć pełnomocnictwo).

3. Zaleca się, by wszystkie zapisane strony oferty były spięte w sposób trwały.

4. Wszystkie strony oferty, na których zostaną dokonane poprawki lub korekty błędów, muszą

być parafowane przy miejscu naniesienia tych poprawek (korekt) przez osoby podpisujące

ofertę.

5. Wykonawca składa dokumenty i oświadczenia w formie oryginału lub kserokopii

poświadczonej za zgodność z oryginałem.

**X. Miejsce, termin składania i otwarcia ofert.**

Miejsce i termin składania ofert:

**Oferty należy składać do dnia: 18 listopada 2024 roku do godz. 9:00**

w siedzibie zamawiającego

Kolejowy Szpital Uzdrowiskowy w Nałęczowie SPZOZ

Górskiego 6

24-140 Nałęczów

Pokój nr 6

oferty można również przesłać pocztą elektroniczną na adres [postepowania@ksunaleczow.pl](mailto:postepowania@ksunaleczow.pl)

**XI. Postanowienia końcowe.**

1. Wykonawca jest związany ofertą przez okres 30 dni licząc od dnia składania ofert.

2. Zamawiający podpisze umowę z Wykonawcą, który przedłoży najkorzystniejszą ofertę

z punktu widzenia kryteriów przyjętych w niniejszym postępowaniu.

3. O miejscu i terminie podpisania umowy Zamawiający powiadomi wybranego Oferenta.

Załączniki:

1. Formularz ofertowy – załącznik nr 1.

2. Oświadczenie o spełnieniu warunków oraz braku podstaw do wykluczenia z

postępowania – załącznik nr 2.

3. Wykaz pojazdów niezbędnych do wykonania zamówienia – załącznik nr 3.

4. Oświadczenie o dysponowaniu osobami zdolnymi do wykonania zamówienia –

załącznik nr 4.

5. Wzór umowy – załącznik nr 5.

Miejscowość: ....................... dnia ....... - ...... - ……….roku

Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

Pełna nazwa Wykonawcy;

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

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

Adres ...........................................................................................................................................

Województwo …............................, NIP: ….........................., REGON: …................................ KRS: ………………………………Nr telefonu,............................Fax:......................................

e-mail …………………………….

Imiona, nazwiska osoby/osób upoważnionych do podpisania umowy:

…...............................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego

pt. Świadczenie usług transportu sanitarnego dla Kolejowego Szpitala Uzdrowiskowego

w Nałęczowie SPZOZ, numer sprawy KSU.1-3321/14/24, zgodnie z wymaganiami określonymi w zaproszeniu do złożenia oferty: Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia

w zakresie niżej podanego rodzaju transportu za cenę:

**Formularz asortymentowo-cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zakres zadania | Przewidywana ilość km  w okresie  25 m-cy | Cena  brutto  PLN  za  1 km | **Razem**  **wartość**  **brutto PLN za**  **km (kol3x4)** | Przewidywana  liczba  roboczogodzin  (rbg) pracy  zespołu  w okresie  25 m-cy | Cena  brutto  PLN za 1  rbg pracy  zespołu | **Razem**  **wartość**  **brutto PLN**  **za rbg pracy**  **zespołu**  **(kol. 6x7)** | **Razem**  **wartość**  **transportu**  **brutto**  **w PLN**  **(kol. 5+8)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **1** | Transport „S” | 1000 |  |  | 100 |  |  |  |
| **2** | Transport „P” | 1000 |  |  | 100 |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | | |  |

**Termin płatności ………………… dni**

Oświadczam, że miejscem z którego będzie wyjeżdżał i do którego będą wracał zespół

wyjazdowy to: ……………………………………………………..,

ulica …………………………………………………………………………….

Zobowiązuje się do punktualności – czas dojazdu od momentu przyjęcia zgłoszenia do

przybycia na miejsce do siedziby Zamawiającego nie dłużej niż:

- dla transportu typu „S” i „P”- 40 minut

2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych przedstawioną ofertą w okresie 30 dni

od terminu składania ofert.

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami zamówienia i przyjmujemy je bez

zastrzeżeń.

4. Oświadczamy, że nasze samochody spełniają wymagania techniczno-sanitarne

zgodnie z przepisami dotyczącymi transportu chorych.

5. Oświadczamy, że dysponujemy przeszkolonym i wykwalifikowanym personelem

zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, gwarantującym

wykonywanie usług z należytą starannością.

6. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy wg wzoru

umowy - załącznik nr 5.

SPIS ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY:

Do oferty załączamy następujące dokumenty i oświadczenia:

1.…………………………………………………………………………………………………

2………………………………………………………………………………………………….

3.…………………………………………………………………………………………………

4.…………………………………………………………………………………………………

................................... dnia ...................... ...................................................................................

/miejscowość/ /podpis osoby lub osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy/

Załącznik nr 3

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

pieczęć Wykonawcy

**WYKAZ POJAZDÓW DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Nazwa Wykonawcy:

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

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług

transportu sanitarnego dla Kolejowego Szpitala Uzdrowiskowego w Nałęczowie SP ZOZ, numer sprawy KSU.1-3321/14/24, przedstawiamy wykaz pojazdów do wykonania zamówienie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa**  **usługi** | **Marka** | **Rok produkcji** | **Nr rejestracyjny** | **Ilość miejsc** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Oświadczamy, że zamówienie będzie wykonywane pojazdami sprawnymi technicznie,

ubezpieczonymi w zakresie OC, AC, NW pasażerów i spełniającymi wymogi sanitarno-

techniczne zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Na żądanie Zamawiającego zobowiązujemy się do przedstawienia dokumentów

potwierdzających spełnienie ww. warunków.

*W przypadku, gdy Wykonawca polega na osobach zdolnych do wykonania zamówienia*

*innych podmiotów powinien przedstawić pisemne tj. w oryginale zobowiązanie tych*

*podmiotów do oddania mu do dyspozycji tych pojazdów na okres korzystania z nich przy*

*wykonywaniu zamówienia.*

*Do pełnego wykonania przedmiotu zamówienia, Wykonawca powinien przeznaczyć*

*wystarczającą ilość pojazdów gwarantujących właściwą, jakość wykonanych usług.*

........................................... dnia ...................... .............................................................

/miejscowość/ /podpis osoby lub osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy/

Załącznik nr 4

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

pieczęć Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE**

Nazwa Wykonawcy:

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

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenie usług

transportu sanitarnego dla Kolejowego Szpitala Uzdrowiskowego w Nałęczowie SP ZOZ, numer sprawy KSU.1-3321/14/24, oświadczam, że Firma, którą reprezentuję dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia tj: kierowcy realizujący zamówienie dysponują prawem jazdy potwierdzającym posiadane kwalifikacje niezbędne do wykonania przedmiotu

zamówienia.

Na żądanie Zamawiającego zobowiązujemy się do przedstawienie dokumentów

potwierdzających spełnienie ww. warunków.

........................................... dnia ...................... .............................................................

/miejscowość/ /podpis osoby lub osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy/