



Kup, dn. 18 listopada 2016r.

### Zapytanie ofertowe nr DDOM/W/14/11/2016

dotyczy świadczenia usług przewozu pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej

#### I. ZAMAWIAJĄCY:

Stobrowskie Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
Ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup  
NIP: 991-04-98-289  
REGON: 530938517  
KRS: 0000514922

#### II. Opis przedmiotu zamówienia:

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług transportowych polegającego na przewozie pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej.
2. Pojazd do prawidłowego świadczenia usług zgodnie z umową zapewni Wykonawca,
3. Transport pacjentów musi być realizowany pojazdami, które posiadają aktualne badania techniczne, wyposażone w wentylację i ogrzewanie przestrzeni pasażerskiej,
4. Pojazd powinien posiadać pakiet ubezpieczeń OC, NW obowiązujący dla tego typu pojazdów,
5. Usługa transportu polegać będzie na odbieraniu pacjentów z ich miejsca zamieszkania i przewozu do DDOM mieszczącego się przy ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup oraz przewozu z DDOM do miejsca zamieszkania.
6. Wymagana dyspozycyjność: **5 dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku**. Dowóz pacjentów do DDOM musi być zakończony do godziny 8:00 natomiast odwozy pacjentów do miejsca zamieszkania odbywać się **będą po godzinie 15:00**.
7. Szczegóły trasy przejazdu pojazdu będą przedmiotem harmonogramu, który zostanie ustalony oddzielnie pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym.
8. Celem rozliczeń, do faktury należy dołączyć miesięczne zestawienie usług transportowych – wzór stanowi załącznik nr 3 do zapytania ofertowego,
9. Usługa liczona będzie od miejsca zamieszkania pierwszego z pacjentów przewidzianych do przewozu w danym dniu – zgodnie z harmonogramem, do DDOM jako miejsca zakończenia realizacji usługi oraz z DDOM do miejsca zamieszkania ostatniego z pacjentów przewidzianych do przewozu w danym dniu.
10. Usługi transportu nie obejmują dojazdu do miejsca wskazanego przez Zamawiającego jako punktu (miejsca) rozpoczęcia świadczenia usługi oraz nie obejmują powrotu do siedziby Wykonawcy lub miejsca stacjonowania pojazdów po realizacji usługi zleconej przez Zamawiającego.
11. Ilość pacjentów przebywających jednocześnie w DDOM – do 15 osób.
12. Ilości kilometrów, podane w formularzu cenowym, stanowiące przewidywany zakres usług w okresie **18 miesięcy od daty podpisania umowy** – mają charakter orientacyjny – stanowią ilości szacunkowe a faktyczna ich ilość wynikać będzie z bieżących potrzeb Zamawiającego, określonych w harmonogramach przewozów. Podane w formularzu cenowym orientacyjne ilości kilometrów będą stanowić podstawę do ustalenia ceny ofertowej, a w przypadku oferty najkorzystniejszej do określenia orientacyjnej ceny umownej.
13. Termin realizacji zamówienia: od dnia 1 grudnia 2016r. do dnia 31 maja 2018r.





II. Warunki udziału w postępowaniu oraz sposób dokonywania oceny ich spełniania.

1. W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy:
  - a) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie (w tym doświadczenie przy transporcie osób starszych z niepełnosprawnościami oraz dysponują potencjałem technicznym). Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca złoży wraz z ofertą:
    - oświadczenie iż dysponuje samochodem osobowym, mogący przewieźć równocześnie do 8 osób, przystosowanym do transportu niesamodzielnych osób starszych,
    - potwierdzenie zawarcia ubezpieczenia OC,
    - licencję na przewóz osób
  - b) dysponują osobami zdolnymi do wykonania zamówienia (w tym kierowcy z aktualnym prawem jazdy w kategorii odpowiadającej oferowanemu środkowi transportu). Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca złoży wraz z ofertą oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.

III. Kryteria oceny ofert.

1. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest cena.

IV. Informacja o wagach punktowych lub procentowych przypisanych do poszczególnych kryteriów oceny oferty.

1. Kryterium CENA = 100%
2. Ocena oferty w zakresie przedstawionego wyżej kryterium zostanie dokonana zgodnie z formułą:

$$\frac{\text{minimalna zaproponowana cena brutto}}{\text{cena brutto badanej oferty}} \times \text{znaczenie \% kryterium}$$

3. Jeżeli nie można dokonać wyboru najkorzystniejszej oferty ze względu na to, że zostały złożone oferty o takich samych cenach Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty do złożenia ofert dodatkowych.
4. Wykonawcy składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaproponowane w złożonych ofertach.
5. Za ofertę najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą ilość punktów.

V. Opis sposobu przyznawania punktacji za spełnienie danego kryterium oceny oferty.

1. Zamawiający wybierze Wykonawcę, który złoży prawidłowo przygotowaną (zgodnie z warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu) ofertę i zaproponuje najniższą cenę.

VI. Termin składania ofert.

1. Ofertę należy złożyć w SEKRETARIACIE Zarządu SCM Sp. z o. o., budynek administracyjny przy ul. Szpitalnej 10, 46-082 Kup, w terminie do dnia **28 listopada 2016r.**, do godziny **11<sup>00</sup>**
2. Zamawiający zastrzega możliwość zwracania się do Wykonawców o wyjaśnienie treści oferty lub wyzwania do uzupełnienia dokumentów.
3. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
4. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego w zakresie przedmiotu zamówienia:  
**Marek Drobik**, tel. 731-697-561, e-mail: [marek.drobik@szpital-kup.eu](mailto:marek.drobik@szpital-kup.eu)







5. Ofertę można złożyć:

- a. w formie pisemnej: osobiście bądź za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub przesyłki kurierskiej na adres: SCM Sp. z o. o. z/s w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup, w kopercie oznaczonej „**Zapytanie ofertowe nr DDOM/W/14/11/2016-USŁUGI PRZEWOZU**”.
- b. w formie elektronicznej na adres e-mail: [zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu](mailto:zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu). W tytule maila należy wpisać „**Zapytanie ofertowe nr DDOM/W/14/11/2016- USŁUGI PRZEWOZU**”

6. Oferta powinna być podpisana przez Wykonawcę lub osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji określoną w dokumentach rejestrowych.

7. Sposób porozumiewania się z Wykonawcami: pisemnie na adres Zamawiającego, fax: 77) 427-47-84 bądź e-mail: [zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu](mailto:zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu)

VII. Informacje na temat zakresu wykluczenia Wykonawcy.

1. W celu uniknięcia konfliktu interesów, zamówienie publiczne nie może zostać udzielone podmiotom powiązanym z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.
2. Przez zobowiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:
  - a) Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
  - b) Posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
  - c) Pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
  - d) Pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

VIII. Zamawiający nie przewiduje zmian umowy zawartej w wyniku przeprowadzonego postępowania.

IX. Dodatkowe informacje

1. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień uzupełniających.
2. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązanie do zawarcia umowy.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyny a także zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru którejkolwiek z ofert.

X. Załączniki.

1. Wzór formularza oferty stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego zapytania.
2. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji zamówienia stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego zapytania.
3. Wzór miesięcznego zestawienia usług transportowych stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego zapytania.
4. Oświadczenie o spełnianiu warunków określonych w zapytaniu stanowi **załącznik nr 4** do niniejszego zapytania.
5. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z zamawiającym stanowi **załącznik nr 5** do niniejszego zapytania.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE  
sp. z o.o. z/s w Kup  
46-082 Kup, ul. Karola Miarki 14  
tel. 77/40-32-850, fax. 77/40-32-853  
REGON: 530938517 NIP: 9910498289

PREZES ZARZĄDU

mgr inż. Mirosław Wójciak