

Kup, dn. 15 września 2017r.

Zapytanie ofertowe nr DDOM/W/15/09/2017

dotyczy świadczenia usług zdrowotnych w zakresie: konsultacje lekarskie
z zakresu rehabilitacji medycznej - na rzecz pacjentów
Dziennego Domu Opieki Medycznej

Postępowanie prowadzone jest zgodnie z zasadą konkurencyjności określoną w „Wytocznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 z dnia 10 kwietnia 2015r.”

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 zdrowotnych w zakresie: **konsultacje lekarskie z zakresu rehabilitacji medycznej** - na rzecz pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej (zwanego dalej DDOM):

1.1. Szczegółowy zakres:

- a) Dokonywanie oceny stanu zdrowia nowoprzyjętych pacjentów DDOM,
- b) Udzielanie bieżących konsultacji medycznych pacjentom DDOM,
- c) Monitorowanie stanu zdrowia pacjentów DDOM,
- d) Uczestniczenie w spotkaniach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
- e) Wymiar czasu pracy – 30 godzin miesięcznie,
- f) Ilość pacjentów przebywających jednocześnie w DDOM – do 15 osób,
- g) Termin realizacji zamówienia: od dnia 1 października 2017r. do dnia 31 maja 2018r.

III. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ SPOSÓB DOKONYWANIA OCENY ICH SPEŁNIANIA.

W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy:

- a) Posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca złoży wraz z ofertą kopię dyplomu lekarza, kopię prawa wykonywania zawodu oraz kopię dyplomu specjalizacji,
- b) Posiadają minimum dwuletnie doświadczenie w pracy z osobami przewlekle chorymi lub starszymi. Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca złoży wraz z ofertą oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.



IV. KRYTERIA OCENY OFERT.

1. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest cena.

V. 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.

VI. OPIS SPOSOBU PRZYZNAWANIA PUNKTACJI ZA SPEŁNIENIE DANEGO KRYTERIUM OCENY OFERTY.

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

VII. 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 **25 września 2017r.**, do godziny **10⁰⁰**
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: **Sylwia Skutecka**, tel. 691-100-936, e-mail: kadry@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/15/09/2017-KONSULTACJE LEKARSKIE**”.
 - b) w formie elektronicznej na adres e-mail: zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu. W tytule maila należy wpisać „**Zapytanie ofertowe nr DDOM/W/15/09/2017-KONSULTACJE LEKARSKIE**”
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



VIII. 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.

IX. ZAMAWIAJĄCY NIE PRZEWIDUJE ZMIAN UMOWY ZAWARTEJ W WYNIKU PRZEPROWADZONEGO POSTĘPOWANIA.

X. 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.

XI. 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. Oświadczenie o spełnianiu warunków określonych w zapytaniu stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego zapytania.
4. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym stanowi **załącznik nr 4** do niniejszego zapytania.

KIEROWNIK DZIAŁU
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW
mgr Ewa Joniec