

Szpital w Pyskowicach Sp. z o.o.
ul. Szpitalna 2
44-120 Pyskowice

Pyskowice, 2016-01-14

Numer sprawy: Sp/AZP/382/poza/1/2016

OGŁOSZENIE O PLANOWANYM ZAKUPIE

o wartości szacunkowej nie przekraczającej progu stosowania ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z p. zm.) określonego w art. 4 pkt. 8, numer sprawy Sp/AZP/382/poza/1/2016, nazwa zadania: Odpady medyczne.

W związku z planowanym zakupem usługi Szpital w Pyskowicach Sp. z o.o. prosi o przedstawienie oferty cenowej w następującym zakresie:

Przedmiotem niniejszego postępowania jest
Odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych
18 01 04 ilość na rok 6 Mg
18 01 02 ilość na rok 1 Mg
18 01 03 ilość na rok 21,500 Mg

Zamawiający wymaga aby Wykonawca zapewnił

- Odbiór odpadów własnym transportem - samochodem specjalnie dostosowanym do przewozu odpadów niebezpiecznych, z miejsca ich powstania do miejsca termicznego unieszkodliwiania samochód powinien posiadać legalizowaną wagę zintegrowaną z pojazdem.

-Wykonawca zobowiązany jest do

Dostarczenie pojemników o łącznej pojemności minimum 6000 l do gromadzenia odpadów, z przyczyn technicznych pojedynczy pojemnik nie może być szerszy 1300 cm i wyższy 1780 cm

-Odbiór odpadów nastąpi przez zabranie pełnych pojemników z jednoczesnym wstawieniem tej samej ilości pustych pojemników bez konieczności ręcznego przeładunku odpadu.

-Pojemniki powinny być każdorazowo poddane dezynfekcji zgodnie z wymogami sanitarnymi

-Odpady medyczne powinny być unieszkodliwiane termicznie zgodnie obowiązującymi przepisami

-Odbiór odpadów powinien następować w każdy poniedziałek, środę, piątek w godzinach od 8:00 do 14:00.

- wykonawca zapewnia samoprzylepne oznakowanie na pojemniki i worki w ilości niezbędnej dla opisanych wielkości odpadu

Wymagania stawiane Wykonawcy:

1./ Wykonawca jest odpowiedzialny za jakość, zgodność z warunkami technicznymi i jakościowymi opisanymi dla przedmiotu zamówienia.

- 2./ Wymagana jest należyta staranność przy realizacji zobowiązań umowy,
- 3./ Ustalenia i decyzje dotyczące wykonywania zamówienia uzgadniane będą przez zamawiającego z ustanowionym przedstawicielem wykonawcy.
- 4./ Określenie przez Wykonawcę telefonów kontaktowych i numerów fax. oraz innych ustaleń niezbędnych dla sprawnego i terminowego wykonania zamówienia.
- 5./ Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez Wykonawcę podczas wykonywania przedmiotu zamówienia.
- 7./ Wymagania dot. Gwarancji wykonawca udziela pełnej gwarancji bezpieczeństwa że w czasie wykonywania usługi oraz przejmuje na siebie wszelkie konsekwencje wynikające z nienależytego wykonania usługi, w tym stwierdzonych uchybień przez organy kontrolne

Wspólny Słownik Zamówień:

CPV 90524400-0

CPV 90524200-8

Termin wykonania zamówienia:
systematycznie w okresie 12 miesięcy od Lutego 2016 roku

Cenę za zrealizowanie niniejszego zamówienia należy obliczyć zgodnie z Formularzem cenowym stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia.

Informuję, że zaproponowane ceny będą porównane z innymi ofertami. Z firmą, która przedstawi najkorzystniejszą ofertę zostanie podpisana umowa. Od decyzji zamawiającego nie przysługują środki odwoławcze.

Opis warunków udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków: opis warunków i sposobu oceniania

Wykonawca wystawia kartę odpadu zgodnie z Rozporządzenie ministra środowiska z 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych (Dz. U. z 2014 r., poz. 107)

Kryteria oceny ofert i ich znaczenie:

Nazwa kryterium Cena Waga 90 punktów

Nazwa kryterium Termin odbioru Waga 10 punktów

Termin odbioru zgodny z wymaganiami zamawiającego 1 punkt

Termin odbioru co 24 godziny 10 punktów

Miejsce i termin składania ofert:

Oferty należy składać do dnia: 2016-01-21 do godz. 10:00

w siedzibie zamawiającego Szpital w Pyskowicach Sp. z o.o.
ul. Szpitalna 2
44-120 Pyskowice
Pokój nr 17 sekretariat dyrekcji

Oferty można również przesłać do Zamawiającego na następujący nr faksu 032 2332424 w.283 lub pocztą elektroniczną na adres azp.szpital@gmail.com

Wyniki zostaną podane na stronie internetowej www.szpitalpyskowice.com.pl oraz przekazane wykonawcom, którzy złożyli oferty w następujący sposób: sposób przekazania informacji.

Osobą do kontaktów w sprawie niniejszego zamówienia jest:

Dariusz Kuliński w godzinach pracy zamawiającego

Załączniki:

Formularz cenowy

Oświadczenie o spełnieniu warunków

PREZES ZARZĄDU
Leszek Kubiak

- do zawarcia umowy

Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

1. Oświadczamy, że po wybraniu naszej oferty a przed podpisaniem umowy dostarczymy wszystkie wymagane dokumenty

(data i czytelny podpis wykonawcy)

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'A' or similar character.

(słownie:)

podatek VAT.....zł

cena brutto.....zł

(słownie:)

Rzeczywista miesięczna wartość usługi to ilość i rodzaj odebranego odpadu wynikającego z kart miesięcznych oraz wartości kg wynikającej z formularza cenowego dla danego odpadu

Oświadczam, że:

Wykonam zamówienie publiczne w terminie 12 miesięcy od podpisania umowy

Termin płatności miesięcznej faktury :..... dni

Reklamacje będą załatwiane w terminie:..... dni

- sposób zgłaszania problemów w przypadku uzasadnionych

reklamacji:

.....

- załatwienie wykonania

reklamacji:

.....

Osoby do kontaktów z Zamawiającym

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

..... tel. kontaktowy,

faks: zakres odpowiedzialności

..... tel. kontaktowy,

faks: zakres odpowiedzialności

Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon.....Fax.....

Zakres*:

- do reprezentowania w postępowaniu

- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy



Zał. nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa:

Siedziba:

Adres poczty elektronicznej:

Strona internetowa:

Numer telefonu: 0 (**)

Numer faksu: 0 (**)

Numer REGON:

Numer NIP:

Dane dotyczące zamawiającego

Nazwa zamawiającego Szpital w Pyskowicach Sp z o o

ulica Szpitalna 2

44-120 Pyskowice

Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia oferujemy wykonanie zamówienia za cenę:

Cena oferty na 12 miesięcy wynikająca z ilości posiadanego pozwolenia na wytwarzanie odpadów medycznych
Nr WOŚ.6220.00006.2015 z dnia 13 października 2015 roku

Nr kodu	Jednostka masy	Ilość	Cena za 1 kg	Cena netto	Cena brutto
18 01 03Mg		21,500			
18 01 04Mg		6			
18 01 02Mg		1			

Suma

cena netto.....zł

Załącznik Nr. 2

OŚWIADCZENIE

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Miejscowość Data

Oświadczam, że spełniam niżej wymienione warunki udziału w postępowaniu,; na żądanie Zamawiającego w terminie 2 dni dostarczymy dokumenty i zezwolenia niezbędne do świadczenia usługi .

.....

(data i czytelny podpis wykonawcy

