

SZPITAL W PYSKOWICACH  
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
ul. Szpitalna 2, 44-120 Pyskowice  
tel. /32/ 233-24-24  
NIP 9691608096 Regon 276247465

Szpital w Pyskowicach Sp. z o.o.

ul. Szpitalna 2

44-120 Pyskowice

Pyskowice, 2016-12-22

Numer sprawy: Sp/AZP/382/22/poza/2016

## OGŁOSZENIE O PLANOWANYM ZAKUPIE

o wartości szacunkowej nie przekraczającej progu stosowania ustawy z dnia 22 czerwca 2016 roku Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1020) określonego w art. 4 pkt. 8, numer sprawy Sp/AZP/382/22/poza/2016, nazwa zadania: **Odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych i niebezpiecznych.**

W związku z planowanym zakupem 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 i niebezpiecznych dla następujących grup i ilości ( zgodnie z posiadaną decyzją WOŚ.6220.00006.2015 z dnia 13 października 2015 roku):

180103 21,500 Mg

180102 1 Mg

180104 6 Mg rocznie

**Wykonawca musi zapewnić:**

- 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 dostarczenia pojemników o łącznej pojemności minimum 4000 l do gromadzenia odpadów, z przyczyn technicznych pojedynczy pojemnik nie może być szerszy niż 1300 cm i wyższy niż 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 z obowiązującymi przepisami
- Odbiór odpadów powinien następować w każdy poniedziałek, środę i piątek w godzinach od 8:00 do 14:00
- Wykonawca zapewnia samoprzylepne oznakowanie na pojemniki i worki w ilości niezbędnej dla opisanych ilości odpadów

**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.



6. Wymagania dotyczące gwarancji - Wykonawca udziela pełnej gwarancji bezpieczeństwa 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:**

kod CPV

90524400-0 usługi gromadzenia, transportu i wywozu odpadów szpitalnych

90524200-8 usługi usuwania odpadów szpitalnych

**Termin wykonania zamówienia:**

systematycznie 12 miesięcy od podpisania umowy

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 po dostarczeniu do Zamawiającego wszystkich dokumentów zgodnie z aktualną Ustawą o odpadach, Ustawą Prawo ochrony środowiska oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie postępowania z odpadami medycznymi. Od decyzji zamawiającego nie przysługują środki odwoławcze.

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

1. Wykonawca posiada uprawnienia do wykonywania działalności polegającej na zbieraniu, magazynowaniu i unieszkodliwianiu odpadów medycznych – niebezpiecznych (Decyzja Marszałka Województwa Śląskiego)
2. Wykonawca posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujący potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia; lub, który przedstawi pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału technicznego i osób zdolnych do wykonania zamówienia – posiadających zaświadczenie ADR dla środków transportowych.
3. Unieszkodliwianie odpadu na terenie województwa śląskiego (oświadczenie o miejscu unieszkodliwiania odpadów).
4. Odbiór odpadów nie rzadziej niż 48 godzin.

**Kryteria oceny ofert i ich znaczenie:**

Nazwa kryterium :   cena

Waga: 100   ocena matematyczna

**Miejsce i termin składania ofert:**

Oferty należy składać do dnia: 2015-12-30 do godz. 12:00

w siedzibie zamawiającego

Szpital w Pyskowicach Sp. z o.o.

Ul. Szpitalna 2

44-120 Pyskowice

W sekretariacie dyrekcji

Oferty można również przesłać do Zamawiającego na następujący nr faksu +48 322332424 w.283 lub pocztą elektroniczną na adres: [zp.pyskowice@gmail.com](mailto:zp.pyskowice@gmail.com)

Otwarcie ofert nastąpi dnia 2017-01-02 o godzinie 11:00

Wyniki zostaną podane na stronie internetowej:

[www.szpitalpyskowice.com.pl](http://www.szpitalpyskowice.com.pl)

**Osobą do kontaktów w sprawie niniejszego zamówienia jest:**

stanowisko            przełożona pielęgniarek

imię i nazwisko     Edyta Bawor

tel.                    +48 32 2332424 w.282 w godzinach pracy zamawiającego

**Załączniki:**

Formularz cenowy

Oświadczenie o spełnieniu warunków

PREZES ZARZĄDU

*Leszek Kubiak*

Prezes Zarządu Leszek Kubiak

**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: .....  
Siedziba:.....  
Adres poczty elektronicznej: .....  
Numer telefonu: .....  
Numer faksu: .....  
Numer REGON: .....  
Numer NIP: .....

**Dane dotyczące zamawiającego:**

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

**Zobowiązania wykonawcy:**

Nawiązując do ogłoszenia oferujemy wykonanie zamówienia za cenę:  
Cena oferty na 12 miesięcy wynikająca z ilości posiadanego przez Szpital w Pyskowicach zezwolenia.

Nr kodu	Jednostka masy	Ilość	Cena za 1 kg	Cena netto	Cena brutto
180103	Mg	21,5			
180102	Mg	1			
180104	Mg	6			

**Suma**

Cena netto: .....zł  
( słownie: .....)  
Podatek VAT: .....  
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 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\*: .....

**Zakres\***

- do reprezentowania w postępowaniu
- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy
- do zawarcia umowy

**Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej:**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Tel. kontaktowy .....

Faks .....

**Oświadczenie**

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

( data i czytelny podpis wykonawcy)



**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE**

Nazwa Wykonawcy: .....

Adres Wykonawcy: .....

Miejscowość .....Data .....

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

(czytelny podpis Wykonawcy )

