

Znak sprawy: ZAM/05/2019

**Ogłoszenie o przetargu nieograniczonym  
o wartości nie przekraczającej kwoty określonej w przepisach wydanych  
na podstawie art. 11 ust 8 PZP.**

Ogłoszenie nr 529190-N-2019 z dnia 2019-03-26 r.

- a) pełna nazwa zamawiającego: Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie  
b) REGON: 000310315  
c) kod, miejscowość, województwo, powiat: 05-200 Wołomin, mazowieckie, wołomiński  
d) ulica, nr domu : Gdyńska 1/3  
e) numer tel.: 0-22 76-33-209 faks (0-22) 76-33-340

**OSOBAMI UPOWAŻNIONYMI DO KONTAKTÓW Z WYKONAWCAMI SA:**

w przedmiocie zamówienia: Kazimierz Rutkowski – kierownik Sekcji Technicznej, tel. (22)76-33-331,  
dokumentacji przetargowej: Sekcja Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, tel.(22)76-33-209, [zamowieniapubliczne@szpitalwolomin.pl](mailto:zamowieniapubliczne@szpitalwolomin.pl)

**ZAMAWIAJĄCY OGŁASZA PRZETARG NIEOGRANICZONY NA:**

*„Usługi w zakresie przeglądu technicznego urządzeń medycznych w podziale na zadania”.*

Oznaczenie przedmiotu zamówienia wg CPV: 50400000-9; Usługi w zakresie napraw i konserwacji urządzeń medycznych  
Miejsce wykonania zamówienia : Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie  
Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych.  
Zamawiający dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

**TERMIN ( OKRES ) REALIZACJI ZAMÓWIENIA:**

Termin realizacji zamówienia – 24 m-ce .

**KRYTERIA OCENY OFERTY I ICH ZNACZENIE ( W % ):**

1. CENA - 60%,
2. ŚREDNIA CENA I ROBOCZOGODZINY NAPRAWY SPRZĘTU - 30%
3. CZAS REAKCJI – 10%

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA:**

- a) formularz SIWZ wraz z załącznikami do pobrania ze strony internetowej Szpitala: [www.szpitalwolomin.pl](http://www.szpitalwolomin.pl) - bezpłatnie  
b) kserokopie – koszt 30 zł brutto,

**WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU I WYMAGANE DOKUMENTY**

1. W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy PZP tj:
  - 1.1. nie podlegają wykluczeniu
  - 1.2. spełniają warunki udziału w postępowaniu , które zostały określone przez zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu lub w zaproszeniu do potwierdzenia zainteresowania.
2. Poniżej warunki udziału w postępowaniu i wymagane dokumenty w celu potwierdzenia spełnienia przez wykonawcę warunków;

WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU	WARUNKI SZCZEGÓLWE	WYMAGANE DOKUMENTY
<b>Kompetencje i uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej</b>	Posiadanie udokumentowanych uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.	Warunek udziału w postępowaniu w zakresie posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania, zostanie uznany za spełniony, gdy Wykonawca złoży <b>OŚWIADCZENIE</b> o spełnieniu warunku.
<b>Sytuacja ekonomiczna lub finansowa</b>	Potwierdzenie, że wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.	<b>OPŁACONA POLISA</b> , a w przypadku jej braku, inny dokument potwierdzający, że wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia w wysokości nie mniejszej niż <b>50.000 zł</b> .
<b>Zdolności techniczne lub zawodowe</b>	Warunek ten zostanie spełniony, jeżeli ; 1. Wykonawca wykaże, że dysponuje co najmniej następującymi <b>osobami</b> posiadającymi Uprawnienia i świadectwa kwalifikacyjne	Wykonawca potwierdza spełnianie warunku poprzez złożenie <b>WYKAZU/OŚWIADCZENIA:</b> <b>1) WYKAZU OSÓB</b> , które będą uczestniczyć w wykonywaniu

**Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie ul. Gdyńska 1/3, 05-200 Wołomin**

	<p>2. Za spełnienie warunku Zamawiający uzna każdą <b>usługę</b> (rozpoczętą i zakończoną lub rozpoczętą i wykonywaną nieprzerwanie przez co najmniej 12 m-cy - w tym również zawartą na czas nieokreślony) o zakresie porównywalnym do przedmiotu zamówienia .</p>	<p><b>zamówienia</b> publicznego, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami - wypełnienie <b>załącznika nr 5 do SIWZ</b></p> <p><b>2) WYKAZ USŁUG</b> – wykaz wykonanych w okresie ostatnich trzech lat usług przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, odpowiadających swoim charakterem przedmiotowi zamówienia, tj. <b>Usługi w zakresie przeglądu technicznego urządzeń medycznych</b> , z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz załączenia dokumentów potwierdzających , że w/w usługi zostały wykonane należycie - wypełnienie <b>załącznika nr 6 do SIWZ</b></p> <p><b>3) OŚWIADCZENIE</b> Wykonawcy o posiadaniu uprawnień autoryzacyjnych wydanych przez producenta danego sprzętu lub instytucję uprawnioną, <b>lub certyfikat ISO w zakresie normy EN 13485 lub certyfikat ukończenia szkolenia w zakresie obsługi serwisowej urządzeń medycznych ukończony u producenta tych urządzeń.</b></p>
<p><b>Spełnianie przez oferowane dostawy, usługi lub roboty budowlane wymagań określonych przez zamawiającego</b></p>	<p>Oświadczenia lub dokumenty składane przez wykonawcę w postępowaniu na wezwanie zamawiającego w celu potwierdzenia okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 2 ustawy PZP .</p>	<p>Wykonawca potwierdza spełnianie warunku poprzez złożenie <b>OŚWIADCZEŃ;</b></p> <p>1. Oświadczenie Wykonawcy przystępującego do procedury przetargowej o spełnieniu wymogów Ustawy o WYROBACH MEDYCZNYCH z dnia 20 maja 2010 r. - <b>Dz.U.nr 107, poz.679 ze zm. – zał.4 do SIWZ;</b></p> <p>2 Oświadczenie o zapoznaniu się z „Opisem przedmiotu zamówienia i warunkami ogólnymi świadczenia usług” zawartym w załączniku nr 2A do SIWZ i spełnieniu wymagań tam określonych - <b>zał.4 do SIWZ;</b></p>
<p><b>Brak podstaw wykluczenia</b></p>	<p>Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:</p> <p>a) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości,</p> <p>b) nie zalega z uiszczeniem podatków , opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,</p> <p>c) nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie; składa zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art.24 ust.1 ustawy.</p> <p>Jeżeli w miejscu zamieszkania osoby lub w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania , nie wydaje się dokumentów, o których mowa powyżej , zastępuje się je dokumentem zawierającym oświadczenie złożone przed notariuszem , właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania .</p>	<p><b>ODPIS Z WŁAŚCIWEGO REJESTRU</b> lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy;</p> <p><b>OŚWIADCZENIA WYKONAWCY</b> o braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo - w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji - dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności – <b>zał.4 do SIWZ;</b></p> <p><b>OŚWIADCZENIA WYKONAWCY</b> o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne – <b>zał.4 do SIWZ;</b></p> <p><b>OŚWIADCZENIA WYKONAWCY</b> o braku wydania prawomocnego wyroku sądu skazującego za wykroczenie na karę ograniczenia wolności lub grzywny w zakresie określonym przez zamawiającego w oparciu o art. 24 ust. 5 pkt 5 i 6 ustawy – <b>zał.4 do SIWZ;</b></p> <p><b>OŚWIADCZENIA WYKONAWCY</b> o braku wydania wobec niego ostatecznej decyzji administracyjnej o naruszeniu obowiązków wynikających z przepisów prawa pracy, prawa ochrony środowiska lub przepisów o zabezpieczeniu społecznym w zakresie określonym przez zamawiającego w oparciu o art. 24 ust. 5 pkt 7 ustawy – <b>zał.4 do SIWZ;</b></p>

3. Ofertę stanowi druk "FORMULARZ OFERTY" wraz z załącznikami i wymaganymi dokumentami.

1] OFERTA - powinna zostać sporządzona według wzoru FORMULARZA OFERTOWEGO - **załącznik nr 1 do SIWZ** ,

2] ZAŁĄCZNIK CENOWY - **załącznik nr 2 do SIWZ** ,

3] OŚWIADCZENIA - **załącznik nr 4 do SIWZ**,

4] WYKAZ OSÓB - **załącznik nr 5 do SIWZ**,

5] WYKAZ USŁUG - **załącznik nr 6 do SIWZ**.

**Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie ul. Gdyńska 1/3, 05-200 Wołomin**

6) PEŁNOMOCNICTWA dla osoby składającej ofertę w przypadku działania Wykonawcy przez pełnomocnika,

7) PEŁNOMOCNICTWA dla pełnomocnika ustanowionego przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.

8) Pozostałe dokumenty i oświadczenia wymagane w rozdziale VI SIWZ.

**Miejsce i termin składania ofert:**

a) miejsce składania : siedziba zamawiającego Szpitala Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie, ul. Gdyńska 1/3, 05-200 Wołomin, KANCELARIA [bud.Główny, parter, pok.9]  
b) w terminie 05/04/2019, godz.11.00.

**Miejsce otwarcia ofert:**

a) miejsce otwarcia: w siedzibie zamawiającego (nr lokalu): budynek Administracyjny Szpitala pok. Nr 20 lub 19.  
b) termin 05/04/2019 godz.11.20.

**Termin związania ofertą wynosi: 30 dni.**

Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

**Wadium :**

Nie będzie wymagane .

**ZATWIERDZIŁ**

**DYREKTOR**  
**(-) mgr Andrzej Gruza**

(podpis osoby upoważnionej)