|  |
| --- |
| **ZAPYTANIE OFERTOWE** |

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**Wykonanie usługi**

„Świadczenie usług kompleksowych związanych z codzienną usługą polegającą na : sporządzaniu posiłków ( diet ) dla pacjentów SPZOZ w Augustowie, dystrybucji do kuchenek oddziałowych, odbiorze, gromadzeniu i zagospodarowaniu resztek i odpadów pokonsumpcyjnych”

Zamawiający

reprezentowany przez

Dyrektora SPZOZ w Augustowie

Nasz znak : SPZOZ L.dz. ………………./2020

ZATWIERDZAM

…………………........................……………

Augustów, dnia 16 listopada 2020 r.

|  |
| --- |
| 1. **ZAMAWIAJĄCY** |

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie , ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów

Strona internetowa: [www.](http://www.wss.olsztyn.pl/)spzoz.augustow.pl

e-mail: zp@spzoz.augustow.pl

Osobą uprawnioną do kontaktu z oferentami jest: Adam Bartnicki e-mail: [zp@spzoz.augustow.pl](mailto:zp@spzoz.augustow.pl), tel.: 87 644 52 59

Zapytanie ofertowe zostanie zamieszczone na stronie internetowej: [**www.spzoz.augustow.pl**](http://www.spzoz.augustow.pl)

Adres do korespondencji: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów

Godziny urzędowania: 7.00 – 14.35 w dni robocze

|  |
| --- |
| 1. **TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA I RODZAJ ZAMÓWIENIA.** |

* 1. **Tryb udzielenia zamówienia:**

Postępowanie prowadzone będzie w trybie zapytania ofertowego dla zamówień   
o wartości powyżej 50.000 PLN. Do niniejszego zapytania ofertowego nie stosuje się ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (t. j Dz. U. z 2019 r., poz. 1843 ze zm.).

**Rodzaj zamówienia:** dostawy

|  |
| --- |
| 1. **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.** |

3.I

1.Przedmiotem zamówienia niniejszego postępowania jest świadczenie usług kompleksowych związanych z codzienną usługą polegającą na : sporządzaniu posiłków ( diet ) dla pacjentów SPZOZ w Augustowie, dystrybucji do kuchenek oddziałowych, odbiorze, gromadzeniu i zagospodarowaniu resztek i odpadów pokonsumpcyjnych.

2. Zamawiający informuje, że nie przewiduje możliwości zamówień uzupełniających, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt 6 i 7 ustawy.

3. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

4. Zamawiający nie dopuszcza możliwości złożenia oferty wariantowej.

5. Okres wykonywania usługi – 18 miesięcy od dnia 01 stycznia 2021 – do 31 lipca 2022 r.

6. Wykonawca zobowiązuje się do zatrudnienia dietetyka.

7. Zamawiający wymaga od Wykonawcy posiadania i dołączenia aktualnego certyfikatu HACCP wydanego przez niezależny podmiot uprawniony do kontroli jakości.

8. Wykonawca zapewni odpowiednio ilość pracowników, aby utrzymać płynność realizacji dostaw wysokiej jakości i bez opóźnień.

9. Wykonawca zobowiązuje się do wydzierżawienia 306,97 m2 powierzchni kuchni i zapłaty czynszu w wysokości co najmniej 14,00 zł netto za 1 m2.

10. Wykonawca zobowiązuje się do wydzierżawienia 55,24 m2 powierzchni stołówki i zapłaty czynszu w wysokości co najmniej 35,00 zł netto za 1 m2.

11. Wykonawca zobowiązuje się, iż bufet otwarty będzie także w sobotę i niedzielę przez co najmniej 4 godziny dziennie.

12. Wykonawca zapewni niezbędne do prawidłowego funkcjonowania wyposażenie kuchni i stołówki na własny koszt.

3. II.

1.Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień, o których mowa art. 67 ust. 1 pkt 6 Pzp.

|  |
| --- |
| 1. **TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA.** |

Termin wykonania zamówienia **- 18 miesięcy**

**Od 01 stycznia 2021 r. do 31 lipca 2022r.**

**Miejsce wykonania zamówienia- miasto Augustów, woj. podlaskie**

|  |
| --- |
| 1. **WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU, OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY ICH SPEŁNIENIA.** |

**5.**1Brak powiązań kapitałowych i osobowych pomiędzy Oferentem a Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zleceniodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zleceniodawcy lub osobami wykonującymi w imieniu Zleceniodawcy 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.

Nie spełnienie któregokolwiek z kryteriów formalnych skutkować będzie odrzuceniem oferty z dalszego postępowania.

Potwierdzeniem spełnienia warunku jest OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH –Załącznik nr 2

**5.2 Kryteria oceny ofert**

1. Zamawiający dokona oceny ofert i wyboru najkorzystniejszej oferty jedynie spośród ofert uznanych za ważne, spełniające wymogi formalne na podstawie poniższego kryterium:

Rozpatrywane będą wyłącznie oferty od Oferentów spełniających wymogi udziału w postępowaniu.

2. Wybór najkorzystniejszej oferty nastąpi w oparciu o kryteria:

Cena - waga: 100%

Łączna maksymalna liczba punków z kryterium cena wynosi 100.

|  |
| --- |
| 1. **OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY.** |

Punkty za kryterium Cena zostaną obliczone według następującego wzoru:

100 = liczba punktów

Końcowy wynik powyższego działania zostanie zaokrąglony do 2 miejsc po przecinku.

Maksymalna ilość punktów w kryterium Cena: 100.

**Informacje o formalnościach po wyborze oferty w celu realizacji zamówienia**

a) Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana zostanie niezwłocznie powiadomiony przez Zamawiającego za pośrednictwem poczty elektronicznej.

b) Wykonawca zobowiązany jest podpisać z Zamawiającym umowę w terminie 3 dni od powiadomienia.

|  |
| --- |
| 1. **MIEJSCE ORAZ TERMIN i SPOSÓB SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT.** |

1. Oferty należy składać w siedzibie Zamawiającego tj.:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie

**ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów, pokój sekretariatu.**

W postępowaniu wezmą udział tylko te oferty, które wpłyną do dnia **25 listopada 2020 r.** **do godz. 12.00** na adres wskazany w pkt 6.1. Uwaga! Decydujące data i godzina wpływu oferty na adres wskazany w pkt 6.1, a nie data jej wysłania przesyłką pocztową czy kurierską.

1. Oferta powinna być sporządzona wg wzoru FORMULARZ OFERTOWY (Załącznik nr 1) oraz podpisana przez Wykonawcę lub osobę uprawnioną.

Oferta powinna być złożona w zamkniętej kopercie zaadresowana do Zamawiającego z dopiskiem „oferta na wyżywienie”.

1. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z opracowaniem i złożeniem oferty, niezależnie od wyniku postępowania.

Każdy Oferent ma prawo do złożenia tylko 1 oferty

1. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie

**ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów, dnia 25 listopada 2020 r. o godzinie 12:10.**

|  |
| --- |
| **8 WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW.** |

Załącznikami do niniejszego Zapytania Ofertowego są następujące wzory:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Oznaczenie Załącznika** | **Nazwa Załącznika** |
| 1 | Załącznik nr 1 | Wzór Formularza Oferty |
| 2 | Załącznik nr 2 | Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym |
| 3 | Załącznik nr 3 | Projekt umowy |
| 4 | Załącznik nr 4 | Wykaz diet |