Bydgoszcz, 26 stycznia 2018 r.

**Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny**

**Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa**

**Spraw Wewnętrznych i Administracji**

**w Bydgoszczy**

**ul. ks. R. Markwarta 4 – 6**

**85 – 015 Bydgoszcz**

**ZAPYTANIE OFERTOWE NR 02/POIŚ 2018**

**ROZEZNANIE RYNKU**

**Dotyczące usługi polegającej na zarządzaniu projektem pn. „Poprawa kompleksowości opieki nad matką i dzieckiem poprzez wymianę sprzętu medycznego na Oddziale Położnictwa, Patologii Ciąży i Ginekologii oraz Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej z Blokiem Operacyjnym” w zakresie jego unijnego rozliczania. Projekt jest** współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 - 2020, Oś Priorytetowa: IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia, Działanie: 9.2. Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych

1. **INFORMACJE OGÓLNE**
2. Zamawiający

**Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny**

**Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa**

**Spraw Wewnętrznych i Administracji**

**w Bydgoszczy**

**ul. ks. R. Markwarta 4 – 6**

**85 – 015 Bydgoszcz**

NIP 554-22-01-453

REGON 092325348

Osoba uprawniona do kontaktu: Michał Kryszewski tel. 52 / 558-26-252.

1. Tryb udzielenia zamówienia

Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest w trybie rozeznania rynku, zgodnie
z *Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 - 2020*. Zamawiający jest zobligowany do stosowania ustawy Prawo Zamówień Publicznych. Jednakże zgodnie z powyższymi wytycznymi w przypadku zamówień o wartości od 20 tys. PLN netto do 50 tys. PLN netto włącznie, tj. bez podatku od towarów i usług (VAT) dokonuje się rozeznania rynku.

Zapytanie to zostało wysłane do min. trzech potencjalnych oferentów, a także umieszczone na stronie Zamawiającego: <http://szpitalmsw.bydgoszcz.pl/>

1. **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ORAZ TERMIN**

Zamawiający dokonuje rozeznania rynku w celu ustalenia ceny rynkowej usługi polegającej na zarządzaniu projektem pn. „Poprawa kompleksowości opieki nad matką i dzieckiem poprzez wymianę sprzętu medycznego na Oddziale Położnictwa, Patologii Ciąży i Ginekologii oraz Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej z Blokiem Operacyjnym” w zakresie jego unijnego rozliczania.

Zaplanowany czas usługi: 01.02.2018 r. do 31.08.2018 r. (7 miesięcy) w sytuacji wydłużenia realizacji projektu umowa zostanie przedłużona o czas niezbędny do zakończenia projektu.

1. **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

W ramach świadczonych usług Wykonawca zapewni:

* + - * wsparcie dla zespołu projektowego (kierownika projektu oraz księgowej projektu – pracowników zatrudnionych w strukturze szpitala) we wdrażaniu projektu w jednostce, przede wszystkim w zakresie realizacji inwestycji, pod kątem wszelkich wytycznych, dotyczących funduszy strukturalnych Unii Europejskiej i Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020,
* rozliczenie finansowe projektu (przygotowanie wniosków o płatność),
* merytoryczny monitoring realizacji projektu w zgodzie z zasadami programu operacyjnego,
* kontakt z Instytucją Zarządzającą,
* przygotowywanie ewentualnych zmian do projektu,
* monitoring stopnia osiągnięcia wskaźników założonych w ramach projektu,
* przygotowywanie wszelkiego rodzaju pism i wyjaśnień dotyczących projektu.

**TERMIN**

Przedmiot zamówienia realizowany będzie od dnia 01.02.2018 r. do 31.08.2018 r. (7 miesięcy) w sytuacji wydłużenia realizacji projektu umowa zostanie przedłużona o czas niezbędny do zakończenia projektu..

1. **OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ SPOSOBU DOKONYWANIA ICH OCENY**

O realizację przedmiotu zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

1. Posiadają uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień **– załącznik nr 2.**
2. Nie są powiązani osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru – **załącznik nr 3.**
3. Znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia **– załącznik nr 2.**
4. Wyrażają zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do zrealizowania zamówienia– **załącznik nr 2.**
5. Posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponują odpowiednim potencjałem technicznym i kadrowym koniecznym do prawidłowej realizacji Zamówienia. Oferent składający ofertę jest zobowiązany wykazać, że w okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert, a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy – to w tym okresie, wykonał minimum 10 usług zgodnych z przedmiotem zamówienia niniejszego zapytania ofertowego, tj. zarządzał/koordynował/wdrażał projekt w zakresie jego unijnego rozliczania – **załącznik nr 4**, w tym wartość co najmniej 3 usługi obejmowały projekty powyżej 1 mln zł.

Ocena spełnienia warunków udziału w niniejszym postępowaniu dokonana zostanie w oparciu o informacje zawarte w oświadczeniu stanowiącym **załącznik nr 2** **i 3** do niniejszego zapytania ofertowego, natomiast ocena spełnienia warunków dotyczących posiadanego doświadczenia dokonana zostanie w oparciu o **załącznik nr 4** do zapytania ofertowego.

1. **MIEJSCE I SPOSÓB SKŁADANIA OFERTY**

W ramach rozeznania rynku, oferty należy złożyć w oryginale osobiście, pocztą lub kurierem na adres: ul. ul. ks. R. Markwarta 4-6, 85-015 Bydgoszcz z dopiskiem: „Odpowiedź na Zapytanie ofertowe 02/POIŚ/2018” lub mailowo na adres przetargi@szpitalmsw.bydgoszcz.pl do dnia 31.01.2018 r. do godz. 13:00 (decyduje data i godzina wpływu oferty).

1. **KRYTERIA OCENY OFERT:**
2. Oferty będą oceniane według następujących kryteriów: cena 100%

**Opis sposobu przyznawania punktacji:**

**Cena**: 100% - wartość punktowa kryterium „cena” (max 100 pkt.) wyliczona według wzoru:

najniższa cena netto wśród otrzymanych ofert

--------------------------------------------------------------- x 100

cena netto wskazana w badanej ofercie

Brane pod uwagę będą wartości netto (bez podatku VAT) wyrażona w PLN.

Ceną oferty jest cena netto usługi polegającej na zarządzaniu projektem w zakresie jego unijnego rozliczania.

1. **WYTYCZNE DOTYCZĄCE SKŁADANEJ OFERTY:**
2. Kompletna oferta powinna zawierać:
3. Nazwę i adres oferenta.
4. Dane kontaktowe osoby reprezentującej firmę.
5. Wypełniony formularz ofertowy z cenami netto i brutto. Cena brutto zawiera podatek VAT, który oferent jest zobowiązany obliczyć zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. Oferta musi być podpisana przez osobę lub osobowy uprawnione do występowania w obrocie prawnym w imieniu Oferenta, przy czym podpis musi być czytelny bądź opatrzony pieczęcią imienną.
7. Termin ważności oferty do 15.02.2018 r.
8. **ZASTRZEŻENIA**
9. Zamawiający zastrzega sobie możliwość wprowadzenia modyfikacji do zapytania. O każdej zmianie będzie informował oferentów.
10. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia procedury wybory Wykonawcy bez podania przyczyny.
11. Zamawiający ma prawo do złożenia pytań uzupełniających do złożonych ofert po ich otwarciu.
12. Po otrzymaniu oferty z uwagi na założenia budżetowe projektu Zamawiający zastrzega sobie możliwość negocjowania przedstawionych cen i innych warunków związanych z realizacją zadania oraz odstąpienia od zawarcia umowy.
13. **ZAŁĄCZNIKI**
14. Formularz ofertowy.
15. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.
16. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych.
17. Wykaz usług dotyczących zarządzania projektem w zakresie unijnych rozliczeń zrealizowanych przez oferenta w ciągu ostatnich pięciu lat.

**Załącznik nr 1 Formularz ofertowy**

**Formularz ofertowy**

usługi polegającej na zarządzaniu projektem pn. „Poprawa kompleksowości opieki nad matką i dzieckiem poprzez wymianę sprzętu medycznego na Oddziale Położnictwa, Patologii Ciąży i Ginekologii oraz Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej z Blokiem Operacyjnym” w zakresie jego unijnego rozliczania. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 - 2020, Oś Priorytetowa: IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia, Działanie: 9.2. Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych.

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Oferenta |  |
| Siedziba Oferenta, NIP |  |
| Dane osoby do kontaktu w sprawie oferty (imię, nazwisko, telefon, e-mail) |  |

|  |
| --- |
| **CENA OFERTY W RAMACH ZARZĄDZANIA PROJEKTEM W ZAKRESIE JEGO UNIJNEGO ROZLICZANIA** |
| **1** | **2** | **3 = 1 x 2** | **4** | **5 = 3 x 4** | **6 = 3 + 5** |
| Cena netto za 1 miesiąc realizacji usługi kompleksowej polegającej na zarządzaniu projektem w zakresie jego unijnego rozliczania w PLN | Ilość miesięcy | Łączna cena netto za usługę kompleksową polegającą na zarządzaniu projektem w zakresie jego unijnego rozliczania w PLN | Stawka VAT | Wartość VAT | Łączna cena brutto za usługę kompleksową polegającą na zarządzaniu projektem w zakresie jego unijnego rozliczania w PLN |
|  | 7 |  |  |  |  |

Oświadczam, że oferowana przeze mnie usługa jest zgodna z wymaganiami wskazanymi w zapytaniu nr 02/POIŚ/2018

Termin ważności oferty do 15.02.2018 r.

…………………………………………… ……………………………………………

Miejscowość i data (podpis i pieczęć osoby/osób

 upoważnionych do składania ofert

w imieniu Oferenta)

**Załącznik nr 2 Oświadczenie o spełnianiu**

**warunków udziału w postępowaniu**

**OŚWIADCZENIE**

Ja (MY), niżej podpisani

…………………………………………………………………..…………………….………………

(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)

działając w imieniu i na rzecz

……………………………………………………………………………………………………………

(nazwa Oferenta)

oświadczam, że:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
2. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do zrealizowania zamówienia.

…………………………………………… ……………………………………………

Miejscowość i data (podpis i pieczęć osoby/osób

 upoważnionych do składania ofert

w imieniu Oferenta)

**Załącznik nr 3 Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych**

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych**

Ja (My) niżej podpisani:

…………………………………………………………………..…………………….………………

(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)

działając w imieniu i na rzecz

……………………………………………………………………………………………………………

(nazwa Oferenta)

1. Oświadczam/y, że nie zachodzą przesłanki w zakresie powiązania osobowego lub kapitałowego z Zamawiającym tj. 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 (Oferentem), polegające w szczególności na:
2. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
3. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
4. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
5. 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.

…………………………………………… ……………………………………………

Miejscowość i data (podpis i pieczęć osoby/osób

 upoważnionych do składania ofert

w imieniu Oferenta)

 **Załącznik nr 4 Wykaz usług dotyczących zarządzania projektem w zakresie unijnych rozliczeń**

 **zrealizowanych przez oferenta w ciągu ostatnich pięciu lat**

**Wykaz usług dotyczących zarządzania projektem w zakresie unijnych rozliczeń
zrealizowanych przez oferenta w ciągu ostatnich pięciu lat** **przed upływem terminu składania ofert, a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy – to w tym okresie**

Dane dotyczące wykonawcy :

Nazwa :

Adres :

Telefon :

email :

NIP :

REGON:

Oświadczamy, że w ciągu ostatnich pięciu lat przed upływem terminu na składanie ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy to w tym okresie, wykonaliśmy następujące usługi dotyczące zarządzania/koordynowania/wdrażania projektu w zakresie jego unijnego rozliczenia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Program/Priorytet/Działanie/Poddziałanie** | **Tytuł projektu** | **Okres realizacji usługi** | **Wartość projektu** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

\*załącznikami do każdego zadania powinny być dokumenty potwierdzające należyte wykonanie: referencje, protokoły odbioru, inne.

…………………………………………… ……………………………………………

Miejscowość i data (podpis i pieczęć osoby/osób

 upoważnionych do składania ofert

w imieniu Oferenta)