

Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach

ul. Dworcowa 31
44-145 Pilchowice
telefon: 32 331-99-01
faks: 331-99-08
e-mail: szpital@szpital-pilchowice.pl

Pilchowice, 2018-11-09

Znak sprawy: **16/ZP/2018**

«@p_zap#nazwa»
«@p_zap#ulica» «@p_zap#dom»
«@p_zap#lokal»
«@p_zap#kod» «@p_zap#miasto»

Zaproszenie do składania ofert

Zapraszamy Państwa Firmę do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie **zapytania ofertowego** na:

Odbiór i utylizacja odpadów medycznych oraz odbiór i zbieranie innych odpadów niebezpiecznych nie będących odpadami medycznymi wytwarzanymi w Szpitalu w Pilchowicach

I. Opis przedmiotu zamówienia

Zamówienie dotyczy odbioru i utylizacji odpadów medycznych oraz odbiór i zbieranie odpadów niebezpiecznych nie będących odpadami medycznymi wytwarzanymi w Szpitalu w Pilchowicach
CPV: 90524000-6, 90523000-9

II. Warunki udziału w zapytaniu ofertowym

1 **Kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów**

O udzielenie zamówienia publicznego mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące posiadania kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów . Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

III. Przygotowanie oferty

Ofertę należy:

- a) złożyć w formie pisemnej (osobiście, pisemnie – listem) na Formularzu Oferty w siedzibie Zamawiającego, pokój - sekretariat Szpitala w Pilchowicach do dnia 2018-11-28 do godz. 10:00.
- b) opakować w jednej kopercie zaadresowanej na Zamawiającego i opatrzonej napisem: „Zapytanie ofertowe na . Odbiór i utylizację odpadów medycznych oraz odbiór i zbieranie innych odpadów niebezpiecznych nie będących odpadami medycznymi wytwarzanych w Szpitalu w Pilchowicach. Znak sprawy: 16/ZP/2018”

IV. Kontakt z wykonawcą

Osobami upoważnionymi do kontaktu z Wykonawcami są:

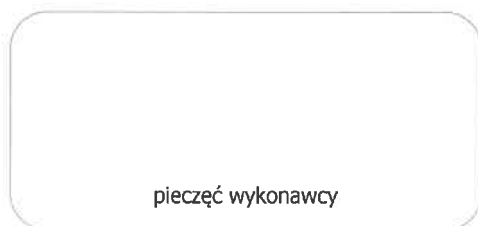
- 1 inż. Dariusz Bieniek - Kierownik Działu Administracyjno Eksploatacyjnego tel. (32) 331 99 74 e-mail szpital@szpital-pilchowice.pl

D Y R E K T O R

lek. n.ż. Joanna Nestrój-Ostrowska

FORMULARZ OFERTY

na wykonanie Usługi o wartości netto poniżej 30 000 euro.



Szpital Chorób Płuc im Św. Józefa w Pilchowicach
ul. Dworcowa 31
44-145 Pilchowice

Nawiązując do otrzymanego zaproszenia do składania ofert, w postępowaniu prowadzonym w trybie Zapytania ofertowego na: "Odbiór i utylizacja odpadów medycznych oraz odbiór i zbieranie innych odpadów niebezpiecznych nie będących odpadami medycznymi wytwarzanymi w Szpitalu w Pilchowicach" – znak sprawy: 16/ZP/2018

my niżej podpisani:

działając w imieniu i na rzecz:

Nazwa i adres Wykonawcy¹

Nazwa Wykonawcy	
Adres Wykonawcy	
NIP (jeżeli dotyczy)	
REGON (jeżeli dotyczy)	
Wykonawca jest małym / średnim przedsiębiorcą?	Tak / Nie *

*) niepotrzebne skreślić

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia, stosując niżej wymienione stawki:

cena netto: _____ zł.

słownie netto: _____ zł.

¹ w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie, należy podać nazwy (firmy) i adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę.

zgodnie z wypełnionym formularzem cenowym.

2. **DEKLARUJEMY** ponadto:

- a. termin wykonania zamówienia: data rozpoczęcia: 2019-01-01, data zakończenia: 2021-12-31,
- b. warunki płatności : 60 dni.,

3. **OŚWIADCZAMY**, że:

- a. zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń,
- b. zapoznaliśmy się z projektem umowy i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zawartych tam warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
- c. uważamy się za związanych niniejszą ofertą do 2018-12-27,
- d. wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO² wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu³.

4. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon, Fax	
Adres e-mail	

5. **OFERTE** składamy na _____ kolejno ponumerowanych stronach. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. aktualne pozwolenie właściwego organu na prowadzenie działalności w zakresie transportu zbierania, odzysku i unieszkodliwiania odpadów o kodach: 18 01 03*, 18 01 04, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 09, 18 01 82* lub pozwolenie właściwego organu na prowadzenie działalności w zakresie zbierania i transportu odpadów o kodach j.w. z jednoczesnym przedłożeniem umowy z zakładami posiadającymi pozwolenie na odzysk lub unieszkodliwianie takich odpadów
2. aktualne pozwolenie właściwego organu na prowadzenie działalności w zakresie transportu i zbierania odpadów o kodach: 13 02 08*, 15 01 10*, 15 02 02*, 16 02 13*, 16 02 14, 16 06 01*

_____ dnia _____

² rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

³ w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (np. przez jego wykreślenie/usunięcie z treści oferty).

_____ dnia _____

*(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń
woli w imieniu Wykonawcy)*

Załącznik nr 4

Formularz asortymentowo-cenowy na okres: 01.01.2019 do 31.12.2021r

Lp.	Rodzaj odpadu	Kod odpadu	Jedn.	Szacunkowa ilość odpadów [kg/ 36 miesięcy]	Cena jedn. netto [zł/kg]	Wartość netto [zł]	VAT [%]	Wartość brutto [zł]
1	Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdołne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieje wiarygodne podstawi do sążenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, poopaski, podkiady) z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82	18 01 03*	kg	30 000				
2	Inne odpady niż wymienione w 18 01 03 (np. opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy)	18 01 04	kg	3 000				
3	Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne	18 01 06*	kg	600				
4	Leki cytostyczne i cytostatyczne	18 01 08*	kg	200				
5	Leki inne niż wymienione w 18 01 08	18 01 09	kg	60				
6	Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych	18 01 82*	kg	7 500				
7 [^]	Inne oleje silnikowe, przekładniowe i smarowe	13 02 08*	kg	50				
8 [^]	Opakowania zawierające pozostałości substancji niebezpiecznych lub nimi zanieczyszczone	15 01 10*	kg	80				
9 [^]	Sorbenty, materiały filtracyjne (w tym filtry olejowe nieujęte w innych grupach), tkaniny do wycierania (np. szmaty, ścierki) i ubrania ochronne zanieczyszczone substancjami niebezpiecznymi (np. PCB)	15 02 02*	kg	30				
10 [^]	Zużyte urządzenia zawierające niebezpieczne elementy ⁵⁾ inne niż wymienione w 16 02 09 do 16 02 12	16 02 13*	kg	100				
11 [^]	Zużyte urządzenia inne niż wymienione w 16 02 09 do 16 02 13	16 02 14	kg	200				
12 [^]	Baterie i akumulatory ołowiowe	16 06 01*	kg	150				
Razem:								

[^] w przypadku pozycji od 7 do 12 dopuszczalna jest tylko decyzja w zakresie transportu i zbierania bez wymogu decyzji na unieszkodliwienie



Pieczęć Wykonawcy

Znak Sprawy: 16/ZP/2018

WYKAZ CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie **uproszczone (pozaustawowe)** na:

Odbiór i utylizację odpadów medycznych oraz odbiór i zbieranie innych odpadów niebezpiecznych nie będących odpadami medycznymi wytwarzanych w Szpitalu w Pilchowicach

Oświadczam(y), iż w przedmiotowym postępowaniu zamierzamy powierzyć Podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia :

Lp.	Wyszczególnienie powierzonych części zamówienia	Firma Podwykonawcy
1		
2		
3		

UWAGA! Wykonawca jest zobowiązany do wypełnienia i dołączenia niniejszego załącznika do składanej oferty tylko w przypadku, gdy powierzy wykonanie części zamówienia Podwykonawcom.

..... dnia

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń

woli w imieniu Wykonawcy