

Częstochowa, dnia 22.09.2017r.

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony  
z siedzibą w Częstochowie  
**Sekcja Zaopatrzenia i Magazynów**  
tel./fax **34 370-21-25**

**Zapytanie Ofertowe**  
na (dostawy, usługi lub roboty budowlanej)

**I. ZAMAWIAJĄCY**

**SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony z siedzibą w Częstochowie**  
przy ul. Mirowskiej 15

**NIP: 949 17 63 544      REGON: 151586247      KRS: 0000026830**

**Sekcja Zaopatrzenia i Magazynów 34 370-21-25**

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest;

**Świadczenie na rzecz Zamawiającego - usługi transportu sanitarnego w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej**

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Świadczenie przedmiotowej usługi w ramach :**Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej** odbywać się będzie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 następnego dnia oraz soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8:00 do 8:00

**Wymagania Zamawiającego odnośnie realizacji usługi:**

Usługi te muszą być świadczone środkiem transportu sanitarnego ( pojazd sanitarny typu A1).

Wykonawca zobowiązany jest zabezpieczyć środek transportu wraz z kierowcą do dyspozycji Zamawiającego - Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie ul. Mirowska 15. Usługa realizowana będzie zgodnie z bieżącymi potrzebami Zamawiającego, w terminach uzgodnionych każdorazowo z Zamawiającym, na podstawie zgłoszenia(zlecenia) wydanego przez wyznaczonego z ramienia Zamawiającego dysponenta. Wykonawca zobowiązany jest pozostawać w ciągłej gotowości do świadczenia usługi i rozpocząć transport w ciągu 30 minut od momentu zgłoszenia transportu przez Zamawiającego.

Usługa realizowana będzie na trasie wskazanej w zleceniu Zamawiającego.

Usługa liczona będzie od wyjazdu z siedziby Zamawiającego tj. Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie ul. Mirowska 15 do powrotu do siedziby Zamawiającego tj. Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie ul. Mirowska 15.

Zamawiający zastrzega sobie prawo udziału w transporcie pielęgniarki i/lub lekarza ze strony Zamawiającego.

Przewidywany średni miesięczny przebieg na podstawie (szacunków) wynosi:  
szacunkowa ilość kilometrów - 3 100 km,

Wykonawca będzie ponosił przez cały okres obowiązywania umowy wszystkie koszty niezbędne do utrzymania samochodów w stanie przydatnym do użytku, w tym w

szczegółności koszty paliwa, badań technicznych, serwisu, bieżących napraw, ubezpieczenia OC, NW, szkolenia kierowców, itp. Wykonawca zobowiązany jest do posiadania przez cały okres realizacji usług objętych umową, oprócz obowiązkowego ubezpieczenia OC pojazdu, ubezpieczenia NW kierowcy i pasażerów. Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia stałej łączności na poziomie Wykonawca – Zamawiający.

Wymagany termin płatności za usługę nie krótszy niż 60 dni.

Przed podpisaniem umowy wybrany Wykonawca jest zobowiązany przekazać Zamawiającemu kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumentów dotyczących pojazdów, które będą wykorzystane do realizacji umowy w zakresie: aktualnych badań technicznych, zaświadczenia niezależnego podmiotów uprawnionego do kontroli jakości potwierdzającego, że środki transportu spełniają wymagania ambulansu typu A1, dowodu ubezpieczenia w zakresie OC i NW kierowcy i pasażerów.

2. Zamawiający ~~dopuszcza~~/nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.
3. Zamawiający ~~dopuszcza~~/nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.

### III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **01.10.2017 – 31.12.2017 rok**

### IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Wykonawca powinien złożyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego zapytania.

### V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem poczty, kuriera lub też dostarczona osobiście na adres: **Sekretariat Miejskiego Szpitala Zespólnego w Częstochowie przy ul. Mirowskiej 15 Pawilon G, pokój nr 17** do dnia **26.09.2017** do godziny **10.00** z dopiskiem „**Usługi transportu sanitarnego w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej dla Miejskiego Szpitala Zespólnego w Częstochowie**”
2. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
3. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
4. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
5. Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie: [www.zsm.czyst.pl](http://www.zsm.czyst.pl) w dniu **22.09.2017**

### VI. OCENA OFERT

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:  
-cena **brutto – 100%**.

### VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Wykonawców za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem: **zsm.czyst.pl** zakładka **zapytania ofertowe**

### **VIII. DODATKOWE INFORMACJE**

Dodatkowych informacji udziela:

Małgorzata Guzik p.o Z-ca dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych tel.34 370 2110  
oraz Jędraszekiewicz Joanna Kierownik Sekcji Zaopatrzenia i Magazynów  
tel 34 370 21 25

E-mail: [logistyka@zsm.czest.pl](mailto:logistyka@zsm.czest.pl)

### **IX. ZAŁĄCZNIKI**

- wzór Formularza Oferty
- projekt umowy
- formularz asortymentowo-cenowy

**ZATWIERDZAM**

**Dyrektor**

**Wojciech Konieczny**