

ZAPYTANIE OFERTOWE

„Obsługa prawna Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie”

1. Zamawiający

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie

ul. Jagiellońska 44

tel. 91 43 29 503

REGON: 810733454 NIP: 852-21-98-181

2. Tryb postępowania

Do postępowania nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych, z uwagi na wartość mniejszą niż wskazana w art. 2 ust. 1 pkt 1 tej ustawy.

3. Przedmiot zamówienia

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na obsłudze prawnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie, z podziałem na części.
2. Szczegółowy zakres zamówienia dla każdej z części określa **załącznik nr 2** do niniejszego postępowania.
3. Zamawiający zastrzega, że jeden wykonawca może złożyć ofertę na jedną bądź wszystkie części zamówienia.
4. Wykonawca zobowiązany jest zrealizować usługę na zasadach i warunkach opisanych w projekcie umowy stanowiącym **załącznik nr 3 i 3a**.
5. Wymagania niezbędne związane ze świadczeniem obsługi prawnej (dla obu części):
 - doświadczenie wykonawcy w obsłudze co najmniej jednego podmiotu leczniczego, w ciągu ostatnich 3 lat przed wszczęciem postępowania przez okres minimum 1 roku,
 - siedziba Wykonawcy na terenie województwa zachodniopomorskiego.

4. Termin wykonania zamówienia oraz warunki płatności

1. Usługa będzie realizowana przez **12 miesięcy** od dnia podpisania umowy.
2. Termin płatności wynosi **14 dni** od daty doręczenia faktury VAT Zamawiającemu.

5. Wykonawca załączy do oferty następujące dokumenty:

- a) formularz ofertowy – **załącznik nr 1** do zapytania ofertowego;
- b) **zał. nr 5** – oświadczenie,
- c) w przypadku, gdy umocowanie osoby podpisującej ofertę nie wynika z właściwego rejestru, należy dołączyć pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w tym postępowaniu i zawarcia umowy, podpisane przez osoby do tego umocowane zgodnie z odpisem z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,

6. Pozostałe wymagania dotyczące złożenia oferty i dokumentów

1. Wykonawca może złożyć ofertę na jedną bądź wszystkie części zamówienia w formie papierowej w języku polskim. Ofertę należy złożyć, w siedzibie Zamawiającego w Biurze Podawczym SP ZOZ MSWiA w Szczecinie **w terminie do dnia 26.07.2022 r.**, do godz. **14:00**. Biuro Podawcze jest czynne od poniedziałku do piątku w godzinach od 07:30 do 15:05.
2. Zamawiający w toku badania i oceny ofert, w przypadku powstania jakichkolwiek wątpliwości, zastrzega sobie prawo do żądania od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert oraz złożenia dodatkowych dokumentów.
3. Zamawiający zastrzega formę porozumiewania się z Wykonawcami w postaci elektronicznej.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany lub unieważnienia niniejszego postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyny.

7. Kryteria oceny:

7.1. Przy wyborze oferty w zakresie **części I** Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

<i>Kryteria</i>	<i>Waga</i>
CENA BRUTTO	60%
Doświadczenie w obsłudze podmiotów leczniczych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia	40%

7.1.1. Punkcja w kryterium „**CENA BRUTTO**” zostanie obliczona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku w następujący sposób

$$C = \frac{\text{najniższa cena spośród ocenianych ofert}}{\text{cena oferty badanej}} \times 100 \text{ pkt} \times 60 \%$$

Gdzie: C – punkty za kryterium CENA przyznane badanej ofercie.

7.1.2. Każda z ofert będzie punktowana w kryterium „Doświadczenie w obsłudze podmiotów leczniczych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia” poprzez przyznanie punktów przez zamawiającego za wskazane doświadczenie zawodowe w obsłudze podmiotów medycznych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia (liczone w latach). Punkty będą przyznawane w następujący sposób:

1 rok - 2 lata – 10 pkt

Powyżej 2 lat do 5 lat – 20 pkt

Powyżej 5 lat – 8 lat – 30 pkt

Powyżej 8 lat – 11 lat – 40 pkt

Powyżej 11 lat – 50 pkt

Ocena ofert w obrębie przedmiotowego kryterium prowadzona będzie według następującego wzoru:

$$D = \frac{\text{Punkty przyznane ofercie ocenianej}}{\text{Punkty przyznane ofercie z najdłuższym doświadczeniem}} \times 100 \text{ pkt} \times 40 \%$$

Przy wyborze oferty w zakresie części II Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

<i>Kryteria</i>	<i>Waga</i>
CENA BRUTTO	70%
Doświadczenie w obsłudze podmiotów leczniczych w zakresie zamówień publicznych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia	30%

7.2.1 Punktacja w kryterium „**CENA BRUTTO**” zostanie obliczona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku w następujący sposób

$$C = \frac{\text{najniższa cena spośród ocenianych ofert}}{\text{cena oferty badanej}} \times 100 \text{ pkt} \times 70 \%$$

Gdzie: C – punkty za kryterium CENA przyznane badanej ofercie

7.2.2. Każda z ofert będzie punktowana w kryterium „Doświadczenie w obsłudze podmiotów leczniczych w zakresie zamówień publicznych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia” poprzez przyznanie punktów przez zamawiającego za wskazane doświadczenie zawodowe w obsłudze podmiotów medycznych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia (liczone w latach). Punkty będą przyznawane w następujący sposób:

1 rok – 2 lat – 10 pkt

Powyżej 2 lat do 6 lat – 20 pkt

Powyżej 6 lat – 10 lat – 30 pkt

Powyżej 10 lat – 40 pkt

Powyżej 11 lat – 50 pkt

$$D = \frac{\text{Punkty przyznane ofercie ocenianej}}{\text{Punkty przyznane ofercie z najdłuższym doświadczeniem}} \times 100 \text{ pkt} \times 30 \%$$

Dyrektor
SP ZOZ MSWIA w Szczecinie
dr Elżbieta Kasprzak

FORMULARZ OFERTOWY

Przedmiot zamówienia	Obsługa prawna	
Zamawiający		
Oferent – pełna nazwa Oferenta, adres, tel., fax. NIP REGON e-mail		
CENA BRUTTO za 12 miesięcy w zakresie oferty częściowej Nr I	wartość brutto: zł słownie:..... VAT %% wartość netto:zł słownie:.....	
Doświadczenie zawodowe w obsłudze podmiotów lecniczych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia w zakresie oferty częściowej nr I *	Imię i nazwisko osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia	łącznie ilość lat w obsłudze podmiotów lecniczych (należy wskazać lata ogółem oraz daty obsługi w poszczególnych podmiotach lecniczych)
CENA BRUTTO za 12 miesięcy w zakresie oferty częściowej Nr II	wartość brutto: zł słownie:..... VAT %% wartość netto:zł słownie:.....	
Doświadczenie zawodowe w obsłudze podmiotów lecniczych w zakresie zamówień publicznych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia w	Imię i nazwisko osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia	łącznie ilość lat w obsłudze podmiotów lecniczych w zakresie zamówień publicznych (należy wskazać lata ogółem oraz daty obsługi w poszczególnych podmiotach lecniczych)

zakresie oferty częściowej nr II *		
---------------------------------------	--	--

Proponowany harmonogram świadczenia usług stacjonarnie:

.....
.....
.....
.....
.....

ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRYZNANIA ZAMÓWIENIA:

- 1) zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
- 2) osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:

.....

e-mail:.....tel.....;

- 3) osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest:

.....

e-mail:.....tel.....;

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego żadnych uwag oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
Oświadczamy, że czujemy się związani ofertą przez okres 30 dni, licząc od upływu składania ofert.
Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy zastrzeżeń, co do jej treści.
Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z informacją RODO.

* Zamawiający zastrzega sobie prawo do zweryfikowania dokumentów potwierdzających doświadczenie w świadczeniu usług objętych niniejszym zapytaniem w podmiotach leczniczych.