

SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujscie.pl

Świnoujście, 17/01/2019 r.

Znak sprawy: ZP/02/2019

**Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.
ul. Mieszka I 7
72 – 600 Świnoujście**
(tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl)

DO WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA PRZETRAGOWEGO PN.:

Usługę prania, dezynfekcji, naprawy oraz najem bielizny szpitalnej dla spółki Szpitala Miejskiego im Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 styczeń 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 ze zm.), zawiadamia się, że w dniu **17/01/2019 r.** w przedmiotowym postępowaniu w specyfikacji istotnych warunków zwana dalej „siwz” zamówienia dokonano zmiany treści:

Było:

III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I TERMIN WYKONANIA

1. (...)
3. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: od **01/02/2019** do **31/12/2020** r. lub do dnia wyczerpania łącznej kwoty *na realizację zamówienia w zakresie* wskazanym w Umowie- w zależności od tego, które z w/w zdarzeń wystąpi wcześniej.
4. (...).

Zmienia się na:

III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I TERMIN WYKONANIA

1. (...)
3. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: od **dnia zawarcia umowy** do **31/12/2020** r. lub do dnia wyczerpania łącznej kwoty *na realizację zamówienia w zakresie* wskazanym w Umowie- w zależności od tego, które z w/w zdarzeń wystąpi wcześniej.
4. (...).

Było:

X. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. (...)
15. Wykonawca zamieszcza ofertę w zamkniętej kopercie. Na kopercie muszą znajdować się następujące oznaczenia:
 - a. Nazwa i adres Zamawiającego,
 - b. Nazwa i adres Wykonawcy,
 - c. Napis:

NAZWA WYKONAWCY
OFERTA NA PRZETARG NIEOGRANICZONY PN:
Świadczenie usług pralniczych
NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM 18/01/2019, GODZ. 14³⁰

i zaadresowanej do:

Szpital Miejski im. Jana Gaduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7, 72-600 Świnoujście

Zmienia się na:

X. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. (...)
15. Wykonawca zamieszcza ofertę w zamkniętej kopercie. Na kopercie muszą znajdować się następujące oznaczenia:
 - d. Nazwa i adres Zamawiającego,
 - e. Nazwa i adres Wykonawcy,
 - f. Napis:

NAZWA WYKONAWCY
OFERTA NA PRZETARG NIEOGRANICZONY PN:

**Świadczenie usług pralniczych
NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM 22/01/2019, GODZ. 14³⁰**

i zaadresowanej do:

**Szpital Miejski im. Jana Gaduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7, 72-600 Świnoujście**

Było:

XI MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w siedzibie Zamawiającego w Sekretariacie, II piętro, pokój Nr 2.010:
**Szpital Miejski im. Jana Gaduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7,
72-600 Świnoujście
do dnia 18/01/2019 r. do godz. 10³⁰**
2. Wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu przed upływem terminu składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu zostanie przygotowane, opieczetowane i oznaczone, a koperta będzie dodatkowo oznaczona „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.
3. Wykonawca nie może wycofać oferty ani wprowadzić do niej zmian po upływie terminu składania ofert.
4. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego w dniu **18/01/2019 r. o godz. 14³⁰** w pokój Nr **2.018 -II piętro**.
5. Przy otwarciu ofert, w części jawnej, mogą być obecni wszyscy zainteresowani.
6. Zamawiający ogłosi Wykonawcom:
 - 1) kwotę, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia,
 - 2) firmy i adresy Wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie,
 - 3) cenę oferty, termin wykonania zamówienia, okres gwarancji i warunki płatności zawarte w ofertach.
7. Oferty złożone po terminie będą zwrócone Wykonawcom bez otwierania.
8. Zamawiający zobowiązany jest odrzucić ofertę, jeżeli jest niezgodna z ustawą lub jej treść nie odpowiada treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz w innych okolicznościach wskazanych w ustawie.
9. W przypadku, gdy Wykonawca nie uczestniczył w części jawnej, na jego wniosek Zamawiający prześle mu informację zawierającą nazwy i adresy pozostałych Wykonawców oraz proponowane przez nich ceny.

Zmienia się na:

XI MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w siedzibie Zamawiającego w Sekretariacie, II piętro, pokój Nr 2.010:
**Szpital Miejski im. Jana Gaduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7,
72-600 Świnoujście
do dnia 22/01/2019 r. do godz. 10³⁰**
2. Wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu przed upływem terminu składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu zostanie przygotowane, opieczetowane i oznaczone, a koperta będzie dodatkowo oznaczona „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.
3. Wykonawca nie może wycofać oferty ani wprowadzić do niej zmian po upływie terminu składania ofert.
4. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego w dniu **22/01/2019 r. o godz. 14³⁰** w pokój Nr **2.018 -II piętro**.
5. Przy otwarciu ofert, w części jawnej, mogą być obecni wszyscy zainteresowani.
6. Zamawiający ogłosi Wykonawcom:
 - 4) kwotę, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia,
 - 5) firmy i adresy Wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie,
 - 6) cenę oferty, termin wykonania zamówienia, okres gwarancji i warunki płatności zawarte w ofertach.
7. Oferty złożone po terminie będą zwrócone Wykonawcom bez otwierania.
8. Zamawiający zobowiązany jest odrzucić ofertę, jeżeli jest niezgodna z ustawą lub jej treść nie odpowiada treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz w innych okolicznościach wskazanych w ustawie.
9. W przypadku, gdy Wykonawca nie uczestniczył w części jawnej, na jego wniosek Zamawiający prześle mu informację zawierającą nazwy i adresy pozostałych Wykonawców oraz proponowane przez nich ceny.

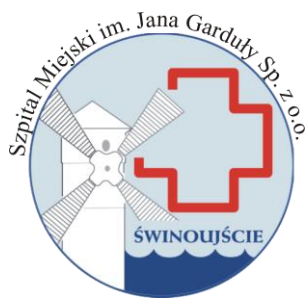
Było:

Załącznik nr 4 do SIWZ ZP/02/2019

FORMULARZ OFERTOWY

na Świadczenie usługi prania, dezynfekcji, naprawy oraz najem bielizny szpitalnej dla spółki Szpitala Miejskiego im Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Dane dotyczące Wykonawcy



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujscie.pl

Nazwa

Siedziba

Adres e-mailowy:@.....

Nr telefonu Nr fax:

NIP..... REGON.....

KRS:

Osoba podpisująca umowę:

Osoba wyznaczona do kontaktu z Zamawiającym w trakcie realizacji umowy:

..... tel....., e-mail:@.....

Dane dotyczące Zamawiającego

Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

ul. Mieszka I 7

72-600 Świnoujście

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na **Świadczenie usługi prania, dezynfekcji, naprawy oraz najem bielizny szpitalnej dla spółki Szpitala Miejskiego im Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.**, zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia dla tego postępowania składam niniejszą ofertę.

1. Oferuję wykonanie dostaw będących przedmiotem niniejszego zamówienia za cenę całkowitą:

CENA NETTO	 złotych (słownie: zł
VAT.....%	 złotych (słownie: zł
CENA BRUTTO	 złotych (słownie: zł

Oświadczenia Wykonawcy:

1. Oświadczam, że przedmiot niniejszego zamówienia zrealizujemy w terminie od 01/02/2019 do 31/12/2020 r.;
2. Oświadczam, że cena brutto niniejszego formularza zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
3. Oświadczam, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, w tym z wzorem umowy i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.
4. W przypadku udzielenia zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego oraz na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym Załącznik nr 10 do SIWZ.
5. Oświadczam, że jeżeli w okresie związania ofertą nastąpią jakiegokolwiek znaczące zmiany sytuacji przedstawionej w naszych dokumentach załączonych do oferty, natychmiast poinformujemy o nich Zamawiającego.
6. Oświadczam, że powierzmy niżej wymienionym podwykonawcom wykonanie niżej wskazanych części zamówienia:

Lp.	Firma (nazwa) podwykonawcy	Część (zakres) zamówienia
1.		
2.		

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podwykonawców)

7. Oświadczam, że w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu, będziemy polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych, niżej wymienionych podmiotów (podmioty trzecie):

Lp.	Firma (nazwa) podmiotu trzeciego	Udostępniany potencjał
1.		
2.		

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podmiotów trzecich)

8. Oświadczam, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
9. W przypadku wyboru naszej oferty u Zamawiającego nie powstaje/powstanie¹ obowiązek podatkowy (zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług).
10. Oferta wraz z załącznikami została złożona na stronach.
11. Niniejszym informuję, iż informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.
12. Oświadczamy, że jesteśmy*:
- a **Mikroprzedsiębiorstwem: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR;**
 - b **Małym przedsiębiorstwem: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR;**
 - c **Średnim przedsiębiorstwem: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.**

*właściwe podkreślić

13. Do oferty załączamy następujące dokumenty:

- 1)
- 2)

III. Inne informacje Wykonawcy:

.....

.....

Miejscowość data

.....
(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy, w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców)

Zmienia się na:

Załącznik nr 4 do SIWZ ZP/02/2019

FORMULARZ OFERTOWY

na Świadczenie usługi prania, dezynfekcji, naprawy oraz najem bielizny szpitalnej dla spółki Szpitala Miejskiego im Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa

Siedziba

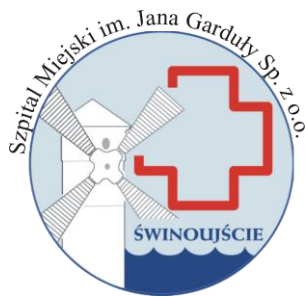
Adres e-mailowy:@.....

Nr telefonu Nr fax:

NIP REGON

KRS:

¹ niewłaściwe skreślić



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujscie.pl

Osoba podpisująca umowę:

Osoba wyznaczona do kontaktu z Zamawiającym w trakcie realizacji umowy:
tel., e-mail:@.....

Dane dotyczące Zamawiającego
Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7
72-600 Świnoujście

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na **Świadczenie usługi prania, dezynfekcji, naprawy oraz najem bielizny szpitalnej dla spółki Szpitala Miejskiego im Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.**, zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia dla tego postępowania składam niniejszą ofertę.

1. Oferuję wykonanie dostaw będących przedmiotem niniejszego zamówienia za cenę całkowitą:

CENA NETTO	 złotych (słownie: zł
VAT.....%	 złotych (słownie: zł
CENA BRUTTO	 złotych (słownie: zł

Oświadczenia Wykonawcy:

- Oświadczam, że przedmiot niniejszego zamówienia zrealizujemy w terminie od *dnia zawarcia umowy* do 31/12/2020 r.;
- Oświadczam, że cena brutto niniejszego formularza zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
- Oświadczam, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, w tym z wzorem umowy i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.
- W przypadku udzielenia zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego oraz na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym Załącznik nr 10 do SIWZ.
- Oświadczam, że jeżeli w okresie związania ofertą nastąpią jakiegokolwiek znaczące zmiany sytuacji przedstawionej w naszych dokumentach załączonych do oferty, natychmiast poinformujemy o nich Zamawiającego.
- Oświadczam, że powierzmy niżej wymienionym podwykonawcom wykonanie niżej wskazanych części zamówienia:

Lp.	Firma (nazwa) podwykonawcy	Część (zakres) zamówienia
1.		
2.		

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podwykonawców)

- Oświadczam, że w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu, będziemy polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych, niżej wymienionych podmiotów (podmioty trzecie):

Lp.	Firma (nazwa) podmiotu trzeciego	Udostępniany potencjał
1.		
2.		

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podmiotów trzecich)

8. Oświadczam, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
9. W przypadku wyboru naszej oferty u Zamawiającego nie powstaje/powstanie² obowiązek podatkowy (zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług).
10. Oferta wraz z załącznikami została złożona na stronach.
11. Niniejszym informuję, iż informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.
12. Oświadczamy, że jesteśmy*:
- a **Mikroprzedsiębiorstwem: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR;**
 - b **Małym przedsiębiorstwem: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR;**
 - c **Średnim przedsiębiorstwem: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.**
- *właściwe podkreślić
13. Do oferty załączamy następujące dokumenty:
- 1)
 - 2)

III. Inne informacje Wykonawcy:

.....
.....

Miejscowość data

.....
(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy, w przypadku oferty
wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców)

Pozostałe zapisy SIWZ nie ulegają zmianie.

Prezes Zarządu
Szpitala Miejskiego im. Jan Garduły
w Świnoujściu sp. z o. o.
oryginał podpisu w dokumentacji postępowania
Dorota Konkolewska

*niewłaściwe skreślić