

SPZOZ/ZP/ZO/382/2/2020

ZAPYTANIE OFERTOWE

**dot. usługi recertyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnie z normą PN EN ISO 9001:2015
i nadzoru nad certyfikowanym Systemem w okresie ważności certyfikatu
oraz wykonanie dwóch auditów nadzoru w SP ZOZ w Słupcy**

Niniejsze zapytanie nie stanowi zapytania ofertowego w rozumieniu przepisów ustawy PZP.

1) Przedmiot zamówienia:

1. Przedmiotem zapytania jest usługa recertyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnie z normą PN EN ISO 9001:2015 i nadzoru nad certyfikowanym Systemem w okresie ważności certyfikatu oraz wykonanie dwóch auditów nadzoru w SP ZOZ w Słupcy, przy ul. Traugutta 7.
2. Zakres certyfikacji: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, diagnostyka obrazowa (rentgenodiagnostyka ogólna, tomografia komputerowa, endoskopia, ultrasonografia), diagnostyka laboratoryjna oraz ratownictwo medyczne.
3. Liczba pracowników w obszarze objętym certyfikacją: umowy o pracę – 275 osób, umowy cywilnoprawne – 130 osób.
4. Przedmiot zamówienia obejmuje:
 - przeprowadzenie auditu recertyfikacyjnego;
 - przeprowadzenie dwóch auditów nadzoru, po upływie 1 roku i 2 lat od otrzymania certyfikatu;
 - wydanie certyfikatów w języku polskim (3 egzemplarze);
 - koszty dojazdu i noclegu auditorów na audit recertyfikacyjny i audyty nadzoru pokrywa wykonawca;
 - wykonawca powinien przedstawić harmonogram wykonania, plan auditów i skład zespołu auditorów;
 - wykonawca jest zobowiązany opisać przebieg auditów.

2) Warunki wymagane od Wykonawców:

1. Oferent posiada akredytację na wszystkie Systemy (Polskiego Centrum Akredytacji PCA lub równorzędną dla Norm 9001, 14001, 18001, 27001, 22000), którą przedłoży w formie kopii dokumentu akredytacyjnego w języku polskim oraz wskaże stronę internetową, na której można znaleźć dokument źródłowy wydany przez jednostkę akredytującą.
2. Oferent posiada co najmniej sześćoletnie doświadczenie (co najmniej dwa cykle certyfikacji) w zakresie certyfikacji jednostek ochrony zdrowia.
3. Oferent posiada co najmniej trzech Auditorów Wiodących branżowych z wyższym wykształceniem medycznym.
4. Posiada doświadczenie w realizacji przedmiotu zamówienia w co najmniej sześciu podmiotach udzielających świadczenia medyczne w okresie ostatnich sześciu lat na terenie kraju, które udokumentuje kopią pism referencyjnych.
5. W ofercie należy określić zasady reprezentacji oraz osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy. Jeżeli Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik, należy dołączyć pełnomocnictwo określające zakres umocowania podpisany przez osoby uprawnione do reprezentacji.
6. Cena winna uwzględniać wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
7. Zamawiający wymaga załączenia do oferty następujących oświadczeń i dokumentów:
 - formularz ofertowy,

- wykaz podmiotów leczniczych, w których Wykonawca przeprowadził certyfikację Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001,
- wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie,
- aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji,
- pełnomocnictwo w przypadku podpisania oferty przez osobę nie wymienioną w dokumencie rejestrowym.

3) Termin realizacji zamówienia:

1. Termin auditu recertyfikacyjnego: do 15 grudnia 2020 r.
2. Termin auditów nadzoru: po upływie 1 roku i 2 lat od otrzymania certyfikatu.

4) Warunki płatności:

Płatność przelewem w terminie 30 dni od daty dostarczenia faktury.

5) Kryteria oceny ofert:

Cena - 100%.

6) Osoby uprawnione do kontaktu:

Agnieszka Pachuta-Piegsa tel. 63 275 23 00 wew. 460, adres e-mail: apachutapiegsa@szpital.slupca.pl;
Estera Urbaniak, tel. 63 275 23 00 wew. 486, adres e-mail: urbaniak@szpital.slupca.pl

7) Termin składania ofert:

1. Ofertę należy przesłać w formie elektronicznej na adres e-mail: urbaniak@szpital.slupca.pl w terminie do dnia: 14.10.2020 r. do godziny 12 : 00.
2. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

8) Załączniki:

Zał. nr 1 – Formularz ofertowy.

Zał. nr 2 – Wykaz podmiotów leczniczych, w których Wykonawca przeprowadził certyfikację Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001.

Zał. nr 3 – Wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie.

9) Dodatkowe informacje:

1. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Zamawiającego do zawarcia umowy.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo dokonania zmian warunków zapytania ofertowego w uzasadnionych przypadkach, a także jego odwołania oraz zakończenia postępowania bez wyboru oferty, w szczególności w przypadku, gdy wartość oferty przekracza wielkość środków przeznaczonych przez Zamawiającego na sfinansowanie zamówienia.

p.o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupcy
dr n. med. Rafał Spachacz
specjalista zdrowia publicznego

O F E R T A N A:

**recertyfikację Systemu Zarządzania Jakością zgodnie z normą PN EN ISO 9001:2015
i nadzór nad certyfikowanym Systemem w okresie ważności certyfikatu
oraz wykonanie dwóch auditów nadzoru w SP ZOZ w Słupcy**

Dane Wykonawcy:

Nazwa

Siedziba

Województwo

Numer rachunku bankowego

Osoba uprawniona do podpisywania umów

Tel /fax e-mail

nr NIP.....

nr REGON.....

Dane Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy
ul. Traugutta 7
62 – 400 Słupca

Zobowiązania Wykonawcy

Po zapoznaniu się z zapytaniem ofertowym składam swoją ofertę na wykonanie usługi:

lp.	Rodzaj Auditów	Rok realizacji	Cena netto PLN	Podatek VAT	Cena brutto PLN
1.	Audit recertyfikacyjny	2020			
2.	Audit nadzoru 1	2021			
3.	Audit nadzoru 2	2022			
				RAZEM*:	

ze wszystkimi kosztami i opłatami niezbędnymi do zakończenia realizacji zamówienia.

*Cena powinna zawierać: koszt całkowity wykonania usługi recertyfikacji, nadzoru oraz auditów nadzoru; koszty dojazdu, noclegów oraz wyżywienia i wszystkie koszty delegacji Auditorów; koszt wydania certyfikatów; koszt znaku graficznego PN przekazanego drogą elektroniczną.

Zamawiający nie pokrywa kosztów dojazdu, noclegów oraz wyżywienia Auditorów wykonujących swoje czynności związane z auditem systemu zarządzania.

p.o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupcy
dr n. med. Rafał Spachacz
specjalista zdrowia publicznego

Informuję, że wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego / będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego *, w zakresie: towaru lub usługi:

_____ nazwa (rodzaj), towaru, usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego.

o wartości bez podatku wynoszącej _____

Oświadczam, że:

- a) moja oferta odpowiada warunkom zamówienia, zapoznałem się z zapytaniem ofertowym i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń,
- b) akceptuję wymagania Zamawiającego opisane w zapytaniu ofertowym,
- c) spełniam wymagania stawiane w zakresie posiadania właściwych dla rodzaju prowadzonej działalności uprawnień i zezwoleń oraz posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi,
- d) dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem ekonomicznym i technicznym oraz pracownikami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- e) znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

Załącznikami do niniejszej oferty są:

- 1.
- 2.
- 3.

.....
(miejsowość, data)

(imię i nazwisko)
podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

p.o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupcy
dr n. med. Rafał Spachacz
specjalista zdrowia publicznego

Wykaz podmiotów leczniczych, u których Wykonawca przeprowadził certyfikację Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 w okresie ostatnich sześciu lat (min. 6 certyfikowanych jednostek)

L.p.	Nazwa podmiotu	Data uzyskania certyfikatu
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Uwaga:

Do przedstawionego wykazu realizacji należy załączyć dokumenty potwierdzające należyte wykonanie zamówienia np. referencje.

.....
(miejsowość, data)

.....
podpis Wykonawcy/uprawnionych
przedstawicieli Wykonawcy

Wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji wymaganych do wykonania zamówienia.

lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje	Dokument potwierdzający
1.			
2.			
3.			
4.			

Do wykazu należy załączyć kopie dyplomów potwierdzających posiadanie wymaganych uprawnień.

.....
(miejsowość, data)

.....
podpis Wykonawcy/uprawnionych
Przedstawicieli Wykonawcy

p.o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupcy
dr n. med. Rafał Spachacz
specjalista zdrowia publicznego

