|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  | | --- | --- | | Znak sprawy: D1/ 262/23/MB | Gdynia, dnia 12.06.2023 r. | |  |  | |  |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | |  | |     **ZAPYTANIE OFERTOWE**  Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. zapraszają Państwa do złożenia oferty na wykonanie usług w zakresie Inspektora Ochrony Radiologicznej o szacunkowej wartości zamówienia nie przekraczającej 130 000 zł :  Termin realizacji: od dnia 01.07.2023 r. na okres 32 miesięcy. Realizacja usług związanych wzakresie uprawnień Inspektora Ochrony Radiologicznej w Szpitalach Pomorskich Sp. z o. o. w lokalizacji  **przy ul. Powstania Styczniowego 1, Gdynia – Szpital Morski im. PCK – w zakresie Inspektora Ochrony Radiologicznej typ IOR-3,** obejmujących sprawowanie wewnętrznego nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej u Zamawiającego, w szczególności w zakresie wynikającym z art. 7² ustawy z dnia 29 listopada 2000r. Prawo atomowe (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz.1941 ) i przepisami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie.  1. Zamawiający: 2. Szpitale Pomorskie Sp. z o.o.   z siedzibą: w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, kod 81-519 Gdynia reprezentowane przez:  **Jolantę Sobierańską-Grenda – Prezesa Zarządu**.  **Dariusza Nałęcza - Wiceprezesa Zarządu**   1. Komórka organizacyjna Zamawiającego prowadząca sprawę: **PION HR**   3) Zamawiający do bezpośredniego kontaktu z Wykonawcami upoważnił Panią Małgorzatę Kowalczyk  tel.: (58) 72-60-425, mkowalczyk@szpitalepomorskie.eu   1. Przedmiot zamówienia:   „Świadczenie usług wzakresie uprawnień Inspektora Ochrony Radiologicznej typu IOR - 3 w Szpitalach Pomorskich Sp. z o. o., na okres 32 miesięcy od dnia 01.07.2023 r.”   1. Oferenci/Oferentki, winni spełniać następujące warunki: 2. posiadają uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi,   2) posiadają uprawnienia Inspektora Ochrony Radiologicznej typu IOR - 3 oraz certyfikat Ochrony Radiologicznej Pacjenta lub dysponują osobami uprawnionymi do wykonywania świadczeń objętych zapytaniem ofertowym, tj. personelem posiadającym uprawnienia Inspektora Ochrony Radiologicznej typu IOR - 3.  3) potwierdzą dyspozycyjność/dostępność do świadczenia usług zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego wskazanym w ustalonym przez niego harmonogramie.  Szczegółowe warunki współpracy określone zostały w umowie /wzór umowy do wglądu w siedzibie Zamawiającego /.  4.Wykaz dokumentów, które należy dołączyć do oferty:   * 1. dokumenty potwierdzające kwalifikacje Wykonawcy lub osób za pomocą których Wykonawca będzie realizował oferowane usługi, w tym: dyplom uczelni, uprawnienia Inspektora Ochrony Radiologicznej typu IOR-3;   2. Certyfikat Ochrony Radiologicznej Pacjenta   3. polisa ubezpieczeniowa OC Wykonawcy o równowartości w złotych **30.000 euro** w odniesieniu do 1 zdarzenia oraz **150.000 euro** w odniesieniu do wszystkich zdarzeń   4. zaświadczenie o aktualnych badaniach lekarskich Wykonawcy lub osób za pomocą, których Wykonawca będzie realizował oferowane usługi;   5. zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie B i HP i P/poż .Wykonawcy lub osób za pomocą których Wykonawca będzie realizował oferowane usługi;   **5)** aktualny odpis, wydruk z systemu z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert.  **6**)formularz ofertowy- Zał. nr 1  5.Termin realizacji przedmiotu zamówienia: na okres 32 miesięcy od dnia 01.07.2023 r.  6. Warunki finansowego rozliczenia realizacji świadczeń:   * 1. Zapłata za świadczenia realizowana będzie w terminach miesięcznych, przelewem na konto wskazane przez Wykonawcę w terminie: do 18-ego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło wykonanie usługi, gdy Wykonawca złoży fakturę do 5 dnia następnego miesiąca. W razie złożenia faktury po 5-tym dniu następnego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło wykonanie usługi wypłata nastąpi 28 dnia tego miesiąca.   7.Cena oferty:   * + 1. Za wykonanie bez zastrzeżeń przedmiotu umowy Strony zgodnie ustalają, że należność Wykonawcy stanowić będzie wynagrodzenie w formie miesięcznego ryczałtuza wykonywanie świadczenia w ramach usług inspektora ochrony radiologicznej typu IOR -3.   2) Cena oferty powinna zawierać wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.  8.Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty:   1. Najniższa cena, 2. Dyspozycyjność   9.Składanie ofert:  1)Pisemnie w siedzibie Zamawiającego:  **Kancelaria HR Szpitali Pomorskich Sp. z o.o. /I piętro**  **81-519 Gdynia ul. Powstania Styczniowego 1,**  2)Termin złożenia oferty**: 26.06.2023 r. godz.10.00**  10.Wymogi dotyczące oferty:   * 1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę, treść oferty pod rygorem odrzucenia musi odpowiadać treści niniejszego zapytania,   2. Ofertę pisemną należy złożyć w zamkniętej kopercie. Koperta musi być opisana w sposób następujący:  |  | | --- | | Szpitale Pomorskie Sp. z o.o.  ul. Powstania Styczniowego 1  81-519 Gdynia  OFERTA  „Świadczenie usług wzakresie uprawnień Inspektora Ochrony Radiologicznej typu IOR-3 w Szpitalach Pomorskich Sp. z o. o.”  Nie otwierać przed dniem: 26.06.2023 r. |   Wykonawca może (ma prawo) umieścić swoje logo na opakowaniu.   * 1. Konsekwencje złożenia oferty niezgodnie z podanym opisem ponosi Wykonawca. Niewłaściwe opisanie koperty może spowodować np. potraktowanie przesyłki zawierającej ofertę jako zwykłej korespondencji. Powyższe dotyczy również przesyłek kurierskich.   2. Zamawiający zaleca wykorzystanie formularzy załączników dołączonych do zapytania. Zamawiający dopuszcza złożenie dokumentów sporządzonych na drukach opracowanych przez Wykonawcę,   3. Wykonawca ponosi wszelkie konsekwencje związane ze złożeniem oferty o treści niezgodnej z zapytaniem lub złożenia oferty w innym miejscu lub terminie niż wyżej określono.   4. Oferta i wszystkie inne oświadczenia winny być podpisane przez osobę (lub osoby) do tego upoważnioną, tzn. osobę (lub osoby) upoważnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i zaciągania zobowiązań o wartości odpowiadającej cenie złożonej oferty.   11.Otwarcie ofert:  1)Miejsce otwarcia ofert:  Szpitale Pomorskie Sp. z o.o.  81-519 Gdynia ul. Powstania Styczniowego 1, budynek nr 6, piętro I, pok. nr 111,  2)Termin otwarcia ofert**: 26.06.2022 r. o godz. 10.30**  12.Załączniki:  1)Formularz ofertowy - Załącznik nr 1  2)Wzór umowy Załącznik nr 2  **Uwaga:**  **Zamawiający informuje, że w przypadku wystąpienia istotnych zmian okoliczności powodujących, że wykonanie przedmiotu zamówienia nie leży w interesie Zamawiającego czego nie można było wcześniej przewidzieć, Zamawiający może unieważnić prowadzone postępowanie lub odstąpić od zamówienia na każdym jego etapie.**  ………………………………………….  *(Podpis Kierownika Zamawiającego*  *lub osoby upoważnionej* |