



Znak sprawy: D46M/220/2023/28

Gdynia, dnia 21.12.2023r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

Szpital Pomorskie Sp. z o.o. zapraszają Państwa do złożenia oferty cenowej na wykonanie zadania o szacunkowej wartości zamówienia nie przekraczającej 30 000 euro pn.:

Opracowanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego dla zadania inwestycyjnego polegającego na zaprojektowaniu i wykonaniu robót budowlanych: „Przebudowa i remont budynku nr 2 w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni na potrzeby rozbudowy Oddziału Hematologii i Transplantologii Szpiku w celu utworzenia Oddziału Dziennego, Banku Komórek Macierzystych i Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej”.

1. Zamawiający:

- 1) **Szpital Pomorskie Sp. z o.o. w Gdyni Sp. z o.o.** z siedzibą: 81-519 Gdynia ul. Powstania Styczniowego 1,
Komórka organizacyjna Zamawiającego prowadząca sprawę:
Dział Techniczny Szpitala Morskiego im. PCK w Gdyni
- 2) Zamawiający do bezpośredniego kontaktu z Wykonawcami upoważnił Pana/Panią:
Agnieszka Młodzianowską-Foryś – Inspektor ds. inwestycji tel.: 58 726-03-60, e mail:
amlodzianowska-forys@szpitalpomorskie.eu. Dodatkowo całą korespondencję prosimy przesyłać na adres e-mail: wwenta@szpitalpomorskie.eu

2. Przedmiot zamówienia:

- 1) Przedmiotem zamówienia jest opracowanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego dla zadania inwestycyjnego polegającego na zaprojektowaniu i wykonaniu robót budowlanych dla przebudowy części budynku nr 2 w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni na potrzeby rozbudowy Oddziału Hematologii i Transplantologii Szpiku w celu utworzenia Oddziału Dziennego, Banku Komórek Macierzystych i Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej.

Celem planowanej inwestycji jest:

- przebudowa pomieszczeń obecnie funkcjonującej Poradni Onkologicznej w zakresie adaptacji pomieszczeń dla Oddziału Dziennego, Banku Komórek Macierzystych, Laboratorium Diagnostyczno Hematologiczne oraz Biobanku;
- dostosowanie pomieszczeń Banku Kriogenicznego znajdującego się na kondygnacji podziemnej budynku do obecnie obowiązujących przepisów;
- dostosowanie części przebudowywanego budynku do nowoczesnych oraz energooszczędnych rozwiązań.

Zakres przedmiotu zamówienia obejmuje:



- 1) Program Funkcjonalno-Użytkowy;
- 2) Projekt koncepcyjny na potrzeby programu funkcjonalno-użytkowego;
Opracowanie musi zawierać:
 - a. Inwentaryzację budowlaną;
 - b. Rzut kondygnacji;
 - c. Technologie – rzut kondygnacji;
 - d. Opis techniczny koncepcji;
- 3) Opracowanie szacunkowych kosztów realizacji.
- 4) Uzyskanie wszelkich niezbędnych sprawdzeń i uzgodnień wytycznych do projektu przez zewnętrzne jednostki opiniujące (Uzgodnienia z sanepidem i rzeczoznawcą do spraw zabezpieczeń przeciwpożarowych)
- 5) Nadzór autorski autora projektu

3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia określa:

Opis przedmiotu zamówienia (Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego)

4. Warunki udziału w postępowaniu:

1) O udzielenie zamówienia może brać udział Wykonawca, który dysponuje lub będzie dysponował co najmniej następującymi osobami, które zostaną skierowane do realizacji przedmiotowego zamówienia (przy bezpośredniej realizacji zamówienia), o minimalnych poniższych kwalifikacjach niezbędnych do wykonania zadania:

Projektant branży architektonicznej:

- osoba posiadająca od co najmniej 5 lat uprawnienia budowlane w specjalności architektonicznej do projektowania bez ograniczeń
- osoba wpisana na dzień składania ofert na listę członków właściwej izby samorządu zawodowego.

2) W postępowaniu może brać udział Wykonawca, który w okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonał należycie, to znaczy wykonał zgodnie z przepisami prawa budowlanego i prawidłowo ukończył, co najmniej 2 zamówienia na wykonanie projektu w obszarze budynków użyteczności publicznej związanych z działalnością medyczną o wartości minimum 200.000,00 zł brutto.

5. Wykaz dokumentów, które należy złożyć wraz z ofertą:

- 1) Wypełniony formularz Ofertowy (Załącznik nr 1)
- 2) Oświadczenie Wykonawcy (Załącznik nr 2)
- 3) Wykaz osób, które zostaną skierowane do realizacji przedmiotowego zamówienia (przy bezpośredniej realizacji zamówienia) potwierdzający spełnianie warunku opisanego w pkt. 4 (Załącznik nr 3)
- 4) Wykaz realizacji w zakresie wskazanym w pkt.4 w formie referencji bądź innych dokumentów sporządzone przez podmiot, na rzecz którego prace projektowe zostały wykonane, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – inne odpowiednie dokumenty (Załącznik nr 4)

6. Termin realizacji przedmiotu zamówienia:



30 dni od dnia podpisania umowy/zlecenia.

7. Warunki finansowego rozliczenia realizacji zadania:

- 1) termin płatności: do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo sporządzonej faktury VAT
- 2) płatność jednorazowa/~~cząstkowa~~ na podstawie prawidłowo sporządzonej faktury VAT po zakończeniu realizacji przedmiotu zamówienia.

8. Cena oferty:

- 1) Cena oferty powinna zawierać wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia,
- 2) Cena oferty jest ceną brutto zawierającą wszelkie ewentualne rabaty, upusty, promocje, itp.

9. Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty:

- 1) Cena brutto – 100%

10. Składanie ofert:

- 1) Miejsce składania ofert:

Kancelaria Szpitali Pomorskich Sp. z o.o. w Gdyni

81-519 Gdynia ul. Powstania Styczniowego 1

lub

na adres e-mail:

amlodzianowska-forys@szpitalepomorskie.eu

wwenta@szpitalepomorskie.eu

- 2) Termin złożenia oferty: **04.01.2024 r. do godziny 10:00**

11. Wymogi dotyczące oferty:

- 1) Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę, treść oferty pod rygorem odrzucenia musi odpowiadać treści niniejszego zapytania,
- 2) Ofertę należy złożyć w zamkniętym opakowaniu. Opakowanie musi być oznaczone w sposób następujący:

Szpital Pomorskie Sp. z o.o. ul. Powstania Styczniowego 1 81-519 Gdynia
<u>OFERTA</u>
<i>Opracowanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego dla zadania inwestycyjnego polegającego na zaprojektowaniu i wykonaniu robót budowlanych: „Przebudowa i remont budynku nr 2 w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni na potrzeby rozbudowy Oddziału Hematologii i Transplantologii Szpiku w celu utworzenia Oddziału Dziennego, Banku Komórek Macierzystych i Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej”</i>
<i>Nie otwierać przed dniem: 04.01.2024r. do godziny 13:30</i>
<i>Dział Techniczny</i>

- 3) Wykonawca może (ma prawo) umieścić swoje logo na opakowaniu.
- 4) Konsekwencje złożenia oferty niezgodnie z podanym opisem ponosi Wykonawca. Niewłaściwe oznaczenie opakowania może spowodować np. potraktowanie przesyłki zawierającej ofertę jako zwykłej korespondencji. Powyższe dotyczy również przesyłek kurierskich.
- 5) Zamawiający dopuszcza złożenie dokumentów sporządzonych na drukach



opracowanych przez Wykonawcę,

- 6) Wykonawca ponosi wszelkie konsekwencje związane ze złożeniem oferty o treści niezgodnej z zapytaniem lub złożeniem oferty w innym miejscu lub terminie niż wyżej określono.
- 7) 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.

12. Otwarcie ofert:

- 1) Miejsce otwarcia ofert:
Szpital Pomorski Sp. z o.o.
81-519 Gdynia ul. Powstania Styczniowego 1 pok. nr 124,
- 3) Termin otwarcia ofert: **04.01.2024 r. godz. 13:30**

13. Załączniki:

- 1) Załącznik nr 1- Formularz ofertowy
- 2) Załącznik nr 2 - Oświadczenie
- 3) Załącznik nr 3 – Wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia
- 4) Załącznik nr 4 – Wzór formularza ofertowego
- 5) Załącznik nr 5 – Opis przedmiotu zamówienia

Uwaga:

Zamawiający informuje, że w przypadku wystąpienia istotnych zmian okoliczności powodujących, że wykonanie zadania nie leży w interesie publicznym, czego nie można było wcześniej przewidzieć, Zamawiający może unieważnić prowadzone postępowanie lub odstąpić od zamówienia na każdym jego etapie.

.....
(Podpis osoby upoważnionej)



FORMULARZ OFERTY

.....
miejsowość, data

*Wykonawca:.....

Adres
:.....Województwo.....

NIP REGON Nr KRS/CEIDG/inny.....

Tel.: Fax:

Adres e-mail do korespondencji:

1. Przedmiot oferty:

Postępowanie w trybie podstawowym ogłoszone przez Szpital Pomorski Sp. z o.o. w Gdyni, w lokalizacji: w Gdyni ul. Powstania Styczniowego 1, na: **Opracowanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego dla zadania inwestycyjnego polegającego na zaprojektowaniu i wykonaniu robót budowlanych: „Przebudowa i remont budynku nr 2 w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni na potrzeby rozbudowy Oddziału Hematologii i Transplantologii Szpiku w celu utworzenia Oddziału Dziennego, Banku Komórek Macierzystych i Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej”.**

2. Oferujemy następującą wartość za przedmiot zamówienia:

Cena netto:zł

(słownie.....zł netto)

VAT:% (należy podać wszystkie stawki)

Cena brutto:zł

(słownie.....zł brutto)



ZAŁĄCZNIK NR 2

.....r.
(miejsowość), (data)

OŚWIADCZENIE

Mając na uwadze aktualny stan prawny, oświadczam, iż jestem świadomy sankcji nałożonych ustawą z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. poz. 835 z 2022 r) określonych w art. 7 ust. 1 pkt 1)-3) i oświadczam, że nie zachodzą wobec mnie żadne z powyższych okoliczności skutkujących wykluczeniem mnie z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie ww przepisów. W przypadku zmiany wobec mnie ww okoliczności faktycznych stanowiących podstawę do wykluczenia w świetle ww przepisów zobowiązuję się natychmiast powiadomić o tym Zamawiającego.

.....
(podpis)



.....
miejsowość, data

.....
dane Wykonawcy

Wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia

w postępowaniu na:

Opracowanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego dla zadania inwestycyjnego polegającego na zaprojektowaniu i wykonaniu robót budowlanych: „Przebudowa i remont budynku nr 2 w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni na potrzeby rozbudowy Oddziału Hematologii i Transplantologii Szpiku w celu utworzenia Oddziału Dziennego, Banku Komórek Macierzystych i Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej”.

Lp.	IMIĘ I NAZWISKO	ZAKRES WYKONYWANYCH CZYNNOŚCI tzn. opis stanowiska które powierzone zostanie wykazanej osobie	KWALIFIKACJE ZAWODOWE/ UPRAWNIENIA (tj. nazwa uprawnień zawodowych, potwierdzających spełnienie warunku udziału w postępowaniu, numer uprawnień, nr wpisu na listę izby samorządu zawodowego)	DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE podać datę uzyskania wymaganych uprawnień, należy wpisać dzień, miesiąc rok	INFORMACJA O PODSTAWIE DYSPONOWANIA DANĄ OSÓB - dysponowanie pośrednie /dysponowanie bezpośrednie *
1.	2.	3.	4.	6.	7.
I. Projektant branży architektonicznej					

*Dysponowanie bezpośrednie: Wykonawca dysponuje aktualnie osobami wymienionymi w wykazie na podstawie: na przykład umowy o pracę, umowy zlecenia, samozatrudnienia się osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą (w kolumnie 7 należy podać konkretnie istniejący aktualnie stosunek prawny pomiędzy Wykonawcą, a wskazaną osobą tj. umowa o pracę, umowa zlecenia itp.)

Dysponowanie pośrednie: Wykonawca nie dysponuje osobami wymienionymi w wykazie, lecz polegając na zasobach innych podmiotów na zasadach określonych w art. 118 ustawy Prawo zamówień publicznych, będzie nimi dysponować, na dowód czego załącza wraz z ofertą pisemne zobowiązanie tych podmiotów (lub inny środek dowodowy) do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia (w kolumnie 7 należy podać informację o poleganiu na zasobach podmiotu trzeciego)



WYKAZ WYKONANYCH PROJEKTÓW

potwierdzających spełnianie warunku udziału w postępowaniu na

Opracowanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego dla zadania inwestycyjnego polegającego na zaprojektowaniu i wykonaniu robót budowlanych: „Przebudowa i remont budynku nr 2 w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni na potrzeby rozbudowy Oddziału Hematologii i Transplantologii Szpiku w celu utworzenia Oddziału Dziennego, Banku Komórek Macierzystych i Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej”.

<i>Lp*</i>	<i>Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana</i>	<i>Przedmiot zamówienia (opisać w sposób odpowiadający warunkowi udziału w postępowaniu)</i>	<i>Data wykonania tj. okres faktycznie zrealizowanego zamówienia (od dzień, miesiąc, rok do dzień miesiąc rok)</i>	<i>Wartość zamówienia (w przypadku konsorcjum kwota, za którą Wykonawca faktycznie odpowiadał)</i>
1				
2				

***W razie konieczności należy powielić wiersze.**

UWAGA: Do wykazu należy załączyć dowody potwierdzające, że wskazane powyżej zadania zostały wykonane należycie.

Dane należy podać z taką szczegółowością, która umożliwi Zamawiającemu sprawdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu.