*Załącznik nr 1 do SWZ*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| Usługi hostelowe dla pacjentów Centrum Radioterapiina okres 12 m-cy |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Usługi hostelowe dla pacjentów**

**Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu (z wyłączeniem usług hotelarskich świadczonych na campingach, polach namiotowych)**

1. **Usługa hostelowa dla pacjentów Centrum Radioterapii**
2. Dostępność usług hostelowych przez 365 dni w roku każdorazowo dla 49 pacjentów.
3. Pokoje: 1, 2, 3 osobowe przeznaczone wyłącznie dla pacjentów Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu, zwanych w dalszej części gościem.
4. Odległość obiektu od szpitala powinna wynosić maksymalnie 9 km liczone w linii prostej (jako promień okręgu) ulicy Sokołowskiego, podane zgodnie z miarą internetowej mapy elektronicznej (np. maps.google.pl; www.zumi.pl ; docelu.pl; mapa.targeo.pl itp.), odległość drogowa maksymalnie 10 km liczone od ulicy Sokołowskiego.
5. Wszystkie miejsca noclegowe nie muszą znajdować się w jednym obiekcie pod jednym adresem.
6. W cenę należy wliczyć:
7. sprzątanie pokoi, pomieszczeń z których gość korzysta – w miarę potrzeb nie rzadziej niż 3 razy w tygodniu w rozumieniu wymiaru 7 dniowego tygodnia; oraz dodatkowo po każdej zmianie gościa;
8. nieograniczony dostęp do deski do prasowania, żelazka, telewizora, dostęp do Internetu;
9. wymianę pościeli – w miarę potrzeb jednak nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu oraz każdorazowo po zmianie gościa zajmującego dane łóżko;
10. możliwość korzystania przez gościa z łazienki wyposażonej w wannę lub kabinę prysznicową, wieszaczki, półki, lustro, minimum jedna łazienka (z wanną/prysznicem) i toaleta na 3/4 pokoje lub modułowa, osobne dla kobiet i mężczyzn;
11. możliwość korzystania przez gościa z dostępu do aneksu kuchennego/kuchni celem przygotowania posiłków własnych, wyposażonych w kuchenkę (elektryczną, gazową), lodówkę, czajnik lub automat z zimną i gorącą wodą, naczyń kuchennych i sztućców, mikrofalówki, zlewozmywaka w wymiarze jeden aneks/kuchnia z wyposażeniem na obiekt mieszkalny.
12. Wymagania dotyczące realizacji usług hotelarskich:
13. zapewnienie przynajmniej jednej oddzielnie zamykanej dla każdego gościa szafki nocnej, lampki nocnej, krzesła/taboretu.
14. zapewnienie kompletu pościeli dla każdego gościa tj. kołdry, poduszki, poszwy, prześcieradła, poszewki na poduszkę, dodatkowego koca na każde łóżko. Grubość kołder należy dostosować do pory roku;
15. zapewnienie w każdym pokoju noclegowym minimum: jednego punktu świetlnego o mocy adekwatnej do powierzchni pokoju, kosza na śmieci, stolika, szafy odzieżowej dzielonej (szafa wyposażona w półki oraz część do zawieszania odzieży);
16. zapewnienie własnego zestawu kluczy dla każdego gościa zapewniający pełną niezależność ( w tym klucz od świetlicy dostępnej 24 h/7 dni; Zamawiający dopuszcza możliwość każdorazowego zostawiania i odbierania klucza na stanowisku ochrony/recepcji budynku, przy zapewnieniu dostępu przez 24h/7 dni w tygodniu; Zamawiający dopuszcza zaoferowanie usług hotelowych bez udostępnienia świetlicy ale z zapewnieniem dostępu do TV w każdym lokalu mieszkalnym;
17. zapewnienie w pokojach noclegowych w miesiącach od X do IV temperatury minimum 23ºC;
18. zapewnienie możliwości otwierania okien w celu wietrzenia (stolarka okienna oraz drzwiowa sprawna);
19. zapewnienie, iż wejścia do budynku, w którym zlokalizowane będą miejsca noclegowe zajmowane przez gości będą zabezpieczone zamkiem otwieranym za pomocą klucza lub domofonu;
20. zapewnienie dostępu do zimnej i ciepłej wody w łazienkach przez całą dobę;
21. odrębne pokoje dla kobiet i mężczyzn;
22. pokoje nie mogą być położone poniżej poziomu gruntu, poniżej poziomu otaczającego terenu ( w przyziemiu, piwnicy, suterynie) oraz powyżej 2 piętra, od 3 piętra wzwyż wymagana jest winda.
23. zapewnienie pojedynczego miejsca do spania dla każdego gościa, wyklucza się korzystanie ze spania na górnym poziomie w przypadku łóżek piętrowych.
24. Wykonawca zapewnia codzienną obecność swojego pracownika/ów na terenie obiektu.
25. Zamawiający zastrzega sobie bezwzględnie możliwość weryfikacji warunków oferowanych w obiekcie po otwarciu ofert.
26. Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji obiektu określającą zgodność warunków rzeczywistych do przedstawionej oferty, wymagań zamawiającego przed wyborem oferty.
27. Zamawiający zastrzega sobie (w trakcie obowiązywania umowy) możliwość wizytacji obiektu w celu sprawdzenia wykonywanych usług i przestrzegania wymaganych warunków.
28. Zamawiający wymaga oświadczenia Wykonawcy o spełnianiu warunków bezpieczeństwa sanitarnego-epidemiologicznego, p/poż i BHP przy wykonywaniu przedmiotu umowy.
29. Wykonawca przez cały okres trwania umowy będzie posiadał ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej
30. Wykonawca będzie prowadził ewidencję zakwaterowania w sposób spójny z przydzielonym zakwaterowaniem przez Sekretariat Centrum Radioterapii
31. Wykonawca będzie świadczył usługi hotelarskie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o usługach turystycznych (Dz.U. z 2014 poz.196 i 822 z późn. zm.) w zakresie krótkotrwałego, ogólnie dostępnego wynajmowania domów, mieszkań i pokoi.

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 (pieczątka Wykonawcy) (miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na: **Usługi hostelowe dla pacjentów Centrum Radioterapii- Zp/57/TP/US/23.**

informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

REGON: ............................................. NIP: .............................................

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

 Numer telefonu ………………… e-mail .........................................................................

 (do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

 1) **proszę wskazać właściwe**

**4.OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy Projekt Umowy nr 3, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**5.Oferujemy świadczenie usługi na :**

**Usługi hostelowe dla pacjentów Centrum Radioterapii na okres 12 m-cy** określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

W tym:

ryczałtowe miesięczne wynagrodzenie usług hostelowych

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

* pralka udostępniona dla pacjentów Centrum Radioterapii

 **TAK/NIE** *(zaznaczyć właściwe)*

* suszarka na pranie udostępniona dla pacjentów Centrum Radioterapii

 **TAK/NIE** *(zaznaczyć właściwe)*

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

 (rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)

 ...................................... (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*1)* ***Mikroprzedsiębiorstwo*** *– przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR.***

***Małe przedsiębiorstwo*** *- przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR.***

***Średnie przedsiębiorstwo –*** *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.***

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Usługi hostelowe dla pacjentów Centrum Radioterapii ” - Zp/57/TP/US/23**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

………………………………………………………………………………………………………………....................

………………………………………… *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy 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)

 …………………………………………

 *(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **- „****Usługi hostelowe dla pacjentów Centrum Radioterapii” - Zp/57/TP/US/23**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy 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)

 …………………………………………

 *(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres, w zalezności od podmiotu NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Usługi hostelowe dla pacjentów Centrum Radioterapii” - Zp/57/TP/US/23**, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……………………………………………………………………………………………...........

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……………………………………………………………………………………………..........

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……………………………………………………………………………………………..........

…………….…….*(miejscowość),*dnia………….…….r.

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

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

…………………………………………………..

…………………………………………………..

 *(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022r. poz. 1710 ze zm.)**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **„Usługi hostelowe dla pacjentów Centrum Radioterapii” - Zp/57/TP/US/23** w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 7 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

 **Wykonawca:**

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia **„Usługi hostelowe dla pacjentów Centrum Radioterapii” - Zp/57/TP/US/23**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*