



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

## **SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

postępowania w trybie przetargu nieograniczonego o wartości szacunkowej powyżej progów ustalonych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r. poz. 1843 z późn. zm.)

Termin składania ofert: do dnia **29.06.2020 r. do godz. 12.30.**

Termin otwarcia ofert: **29.06.2020 r. o godzinie 13.20.**

**Znak sprawy: 13/PN/20**



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

## I. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach  
32-400 Myślenice  
ul. Szpitalna 2

Platforma zakupowa: [www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice](http://www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice)

## OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Usługi kompleksowego, specjalistycznego sprzątnia i utrzymania czystości w pomieszczeniach szpitalnych i administracyjnych oraz wykonywania transportu wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego wraz z przejęciem 11 pracowników byłych pracowników Zamawiającego od obecnego Wykonawcy usługi w trybie art. 23' Kodeksu Pracy

zgodnie z **Załącznikiem nr 1 do SIWZ** - opisem szczegółowym.

Kod CPV 90910000-9 usługi sprzątnia.

Jeżeli użyto do opisanego przedmiotu zamówienia oznaczeń lub parametrów wskazujących konkretnego producenta lub wskazano znaki towarowe, patenty lub pochodzenie, Zamawiający dopuszcza zastosowanie rozwiązań równoważnych, przez które należy rozumieć parametry nie gorsze od przedstawionych w opisie przedmiotu zamówienia. Wykonawca, który złoży ofertę równoważną musi do oferty załączyć dokładny opis z którego wynikać będzie zachowanie warunków równoważności.

Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych.

Warunki powierzenia realizacji zamówienia podwykonawcy:

- Zamawiający nie ogranicza realizacji przedmiotu zamówienia przy udziale Podwykonawców.
- Zamawiający nie zastrzega obowiązku osobistego wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia.
- Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę w ofercie części zamówienia, której wykonanie zamierza powierzyć Podwykonawcom i podania przez Wykonawcę firm podwykonawców.
- Wykonawca, który zamierza wykonać zamówienie przy udziale podwykonawców, musi wyraźnie wskazać w treści formularza ofertowego, jaką część zamówienia wykonywać będzie w jego imieniu podwykonawca. Jeżeli Wykonawca nie zamieści takiej informacji Zamawiający uzna, iż zamówienie zostanie wykonane bez udziału podwykonawców.
- Powierzenie wykonania części zamówienia Podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.

Zamawiający wymaga na podstawie art. 29 ust 3a ustawy Prawo Zamówień Publicznych zatrudnienia przy realizacji usługi przez Wykonawcę lub podwykonawcę, na podstawie umowy o pracę, **osób kwalifikowanych jako pracownicy wykonujący usługę** (zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SIWZ) **w sposób bezpośredni na terenie Szpitala**, stanowiący personel Wykonawcy lub podwykonawcy. W trakcie realizacji zamówienia Zamawiający uprawniony





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

jest do wykonywania czynności kontrolnych wobec Wykonawcy odnośnie spełniania przez Wykonawcę lub podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane czynności (zgodnie z załącznikiem nr 1 do SIWZ). Zamawiający uprawniony jest w szczególności do:

- 1) żądania oświadczeń i dokumentów w zakresie potwierdzenia spełnienia ww. wymogów i dokonywania ich oceny;
- 2) żądania wyjaśnień w przypadku wątpliwości w zakresie potwierdzenia spełnienia ww. wymogów;
- 3) przeprowadzania kontroli na miejscu wykonywania robót.

### III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA, GWARANCJA

Czas trwania – 24 miesiące od dnia zawarcia Umowy.

### IV. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

1. nie podlegają wykluczeniu - o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy wykazą brak podstaw do wykluczenia z powodu niespełnienia warunków określonych w art. 24 ust. 1 pkt 12-23 i art. 24 ust. 5 pkt 1 i 8 ustawy Pzp. Zamawiający uzna, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 12-23 i art. 24 ust. 5 pkt 1 i 8 ustawy Pzp, jeżeli z przedstawionych przez Wykonawcę oświadczeń i dokumentów wynikać będzie, że nie występują uwarunkowania określone w art. 24 ust. 1 pkt 12-23 i art. 24 ust. 5 pkt 1 i 8 ustawy Pzp.
2. spełniają warunki udziału w postępowaniu, w zakresie:
  - 1) kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej – Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnienie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny.
  - 2) sytuacji ekonomicznej lub finansowej – Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnienie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny.
  - 3) posiadania zdolności technicznej lub zawodowej:

**A. Warunek zostanie spełniony jeżeli wykonawca wykaże, że: w ciągu ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonał co najmniej jedną usługę w charakterze ciągłym tzn. codziennym, świadczoną przez co najmniej kolejne 12 miesięcy, odpowiadającą przedmiotowi niniejszego zamówienia tj. usługę kompleksowego, specjalistycznego sprzątnia i utrzymania czystości w pomieszczeniach szpitalnych i administracyjnych oraz wykonywanie transportu wewnętrznego przy pomocy urządzeń bez napędu elektrycznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego, w pomieszczeniach w których świadczone są usługi medyczne i/lub prowadzona jest działalność lecznicza. Wartość usługi uznanej za spełniającą warunek nie może być niższa niż 3.000.000 zł brutto.**

Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełniana podstawie wykazu usług i dokumentów potwierdzających należyte wykonanie usługi. Przez jedną usługę Zamawiający rozumie wykonanie usługi w ramach jednej umowy. Warunek ten nie podlega sumowaniu, co oznacza że jeden wykonawca musi wykonać co najmniej 1 usługę o której mowa w opisie warunku. W przypadku wykonawców składających wspólną ofertę lub w przypadku, gdy wykonawca składający ofertę do spełnienia niniejszego warunku





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

korzysta z potencjału podmiotu trzeciego, koniecznym jest wykazanie posiadania wymaganego doświadczenia przez odpowiednio:

- a) co najmniej jednego wykonawcę wchodzącego w skład zespołu wykonawców, którzy składają wspólną ofertę,
- b) podmiot trzeci na którego zasoby w celu spełnienia warunku powołuje się wykonawca składający ofertę.

Jeśli Wykonawca biorący indywidualnie lub wspólnie udział w postępowaniu polegał na doświadczeniu grupy wykonawców, której był członkiem przy innym zamówieniu, a skład grupy wykonawców jest inny niż w niniejszym postępowaniu, zobowiązany jest wykazać swój faktyczny udział w realizacji zamówienia, które potwierdza jego doświadczenie.

- B. Warunek zostanie spełniony jeśli wykonawca wykaze, że: dysponuje osobami posiadającymi kwalifikacje i doświadczenie (minimum 3 lata) w placówkach służby zdrowia w zakresie nadzoru nad wykonywaniem usług stanowiących przedmiot zamówienia tj. należy wykazać, że osoba ta, w okresie ostatnich 3 lat, przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy, w tym okresie sprawowała nieprzerwalnie, co najmniej przez 6 miesięcy funkcję kierowniczą w stosunku do zatrudnionego personelu tj. zarządzała w tym okresie pracą co najmniej 10 osób.**

#### V. PODSTAWY WYKLUCZENIA, O KTÓRYCH MOWA W ART. 24 UST. 5 USTAWY PZP:

Zamawiający przewiduje możliwość fakultatywnego wykluczenia wykonawcy na podstawie:

- **art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy Pzp.**
- **art. 24 ust. 5 pkt. 8 ustawy Pzp.**

#### VI. WYMAGANIA DLA OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA:

Oferowany przedmiot zamówienia musi spełniać wymagania określone przez zamawiającego - Zamawiający uzna warunek za spełniony jeżeli wykonawca zaoferuje przedmiot zamówienia odpowiadający wymaganiom określonym w siwz.

#### VII. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIANIE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ BRAK PODSTAW WYKLUCZENIA

1. **Wykaz oświadczeń składanych przez Wykonawcę w celu wstępnego potwierdzenia, że nie podlega on wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu – składanych wraz z ofertą:**

- 1) W celu wstępnego potwierdzenia, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu na podstawie przepisów, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 12 – 22, art. 24 ust. 5 pkt 1 i 8 ustawy Pzp oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu, do oferty musi dołączyć, aktualne na dzień składania ofert, oświadczenie w formie Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia JEDZ w formie elektronicznej (Załącznik nr 3 do SIWZ). Jednolity dokument (JEDZ), sporządza się, pod rygorem nieważności, w postaci elektronicznej i opatruje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Wykonawca, który powołuje się na zasoby innych podmiotów, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia składa także jednolite dokumenty dotyczące tych podmiotów na formularzu JEDZ, który musi mieć formę dokumentu elektronicznego, podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez każdego z nich w zakresie w jakim każdy z Wykonawców wykazuje brak podstaw wykluczenia. Analogiczny wymóg dotyczy





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

JEDZ składanego w przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców. Dokumenty te potwierdzają brak podstaw wykluczenia

**2) Ponadto wraz z oferta wykonawcy składają:**

- a) Kopię aktualnego certyfikatu Gwarant Czystości i Higieny - jeśli wykonawca posiada;
  - b) Kopię aktualnego certyfikatu potwierdzającego wprowadzenie systemu zarządzania jakością - jeśli wykonawca posiada;
  - c) Karty techniczne oferowanych ręczników jednorazowych w rolkach i składanych „ZZ”;
  - d) Karty techniczne oferowanego papieru toaletowego;
  - e) Dowód wniesienia wadium - przypadku wnoszenia wadium w formie innej niż w pieniądzu, wymagane jest załączenie do oferty oryginalnego dokumentu gwarancji/poręczenia w formie elektronicznej podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez Gwaranta.
  - f) Pełnomocnictwo - do reprezentowania wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie;
  - g) Pełnomocnictwo - do reprezentowania wykonawcy, jeśli uprawnienie do reprezentowania nie wynika z dokumentów rejestrowych wykonawcy.
- 3) Zamawiający wyznacza następujące osoby do kontaktu z Wykonawcami: Pani Ewa Szczepaniec, Pani Anna Habieda e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)
- 4) Jeżeli Zamawiający lub Wykonawca przekazują oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje za pośrednictwem faksu lub przy użyciu środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, każda ze stron na żądanie drugiej strony niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania.
- 5) W postępowaniu oświadczenia składa się w formie elektronicznej poprzez platformę zakupową na stronie [www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice](http://www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice) opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

JEDZ należy złożyć przez platformę zakupową zamawiającego na stronie [www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice](http://www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice) wybierając niniejsze postępowanie.

**JEDZ należy złożyć postępując według poniższych kroków:**

1. Wykonawca zapoznaje się z zapisami na stronie i pobiera plik JEDZ-a dołączony przez Zamawiającego w formie edytowalnej.
2. Wykonawca pobrany JEDZ wypełnia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego, a następnie zapisany w formacie PDF dołącza w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu na platformie zakupowej poprzez naciśnięcie spinacza i wybranie pliku z komputera.
3. Po upewnieniu się, że plik został poprawnie dołączony, wykonawca uzupełnia wymagane (żółte) pola na platformie, zaznacza, że zapoznał się z warunkami postępowania i regulaminem platformy i naciska przycisk **Złóż ofertę (dot. JEDZ)**.
4. Spowoduje to przekierowanie do drugiego kroku, gdzie wykonawca podpisuje JEDZ-a kwalifikowanym podpisem elektronicznym. W tym celu wykonawca naciska przycisk **Pobierz plik z ofertą (JEDZ)**. Pobrany plik wykonawca musi podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.
5. Podpisany plik wykonawca importuje do platformy w wyznaczonym miejscu. System wskaże, czy plik jest poprawnie podpisany w niezmienionej formie.

Wykonawca klika w pomarańczowy przycisk **Złóż ofertę**. Na adres mailowy podany wcześniej przez wykonawcę zostanie wysłany mail z prośbą o potwierdzenie złożonych dokumentów.

2. **Wykaz oświadczeń lub dokumentów, składanych przez Wykonawcę w postępowaniu na wezwanie zamawiającego potwierdzających spełnienie warunków udziału w postępowaniu, parametrów oferowanego przedmiotu zamówienia oraz brak podstaw do wykluczenia (dokumenty winny być aktualne na dzień ich złożenia do Zamawiającego):**





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy, wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
- zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, lub innego dokumentu potwierdzającego, że Wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem podatkowym w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
- zaświadczenie właściwej terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego albo innego dokumentu potwierdzającego, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, lub innego dokumentu potwierdzającego, że Wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
- Oświadczenie wykonawcy o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne;
- Oświadczenie wykonawcy o niezaleganiu z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 716).
- Oświadczenie wykonawcy o braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo – w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji – dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.
- wykaz usług wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów określających czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
- Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości lub kierowanie, wraz z informacjami na





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax**. 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

3. **Wykaz oświadczeń lub dokumentów, jakie mają dostarczyć Wykonawcy w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp:**

W przypadku złożenia w postępowaniu co najmniej 2 ofert, Wykonawca w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej [www.szpitalmyslenice.pl](http://www.szpitalmyslenice.pl) informacji o których mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp (Informacja z otwarcia ofert), przekazuje Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej (**Załącznik nr 4 do SIWZ**), o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp. Wraz z złożeniem oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

4. **Składanie niektórych dokumentów przez Wykonawców mających siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

Dopuszcza się składanie dokumentów na warunkach określonych w obowiązującej ustawie prawo zamówień publicznych i aktach wykonawczych do ustawy.

- 1) Zamiast informacji z Krajowego Rejestru Karnego informację z odpowiedniego rejestru albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dotyczy informacja albo dokument, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy Pzp;
- 2) Zamiast zaświadczenia właściwego naczelnika urzędu skarbowego i zaświadczenia właściwej terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:
  - a) nie zalega z opłacaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne albo że zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.
  - b) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości.
- 3) Jeżeli w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt 1 i 2 niniejszego ustępu SIWZ, zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie Wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby.
- 4) Wykonawca mający siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w odniesieniu do osoby mającej miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której dotyczy informacja z Krajowego Rejestru Karnego, składa dokument, o którym mowa w pkt 1 niniejszego ustępu SIWZ, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 14 i 21 ustawy Pzp. Jeżeli w kraju, w którym miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument miał dotyczyć, nie wydaje się takich dokumentów, zastępuje się go dokumentem zawierającym oświadczenie tej osoby złożonym przed notariuszem lub przed organem





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

5. **Poleganie na potencjale innych podmiotów na zasadach określonych w art. 22a ustawy Pzp.**
  - 1) Wykonawca może w celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu polegać na zdolnościach innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nim stosunków prawnych.
  - 2) W odniesieniu do warunków dotyczących kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, Wykonawcy mogą polegać na zdolnościach innych podmiotów, jeśli podmioty te zrealizują usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane.
6. **Oferta wspólna**
  - 1) Wykonawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia.
  - 2) W przypadku, o którym mowa, Wykonawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego;
  - 3) Powyższe nie dotyczy spółki cywilnej, o ile upoważnienie/pełnomocnictwo do występowania w imieniu tej spółki wynika z dołączonej do oferty umowy spółki bądź wszyscy wspólnicy podpiszą ofertę.
  - 4) Jeżeli w postępowaniu zostanie wybrana oferta złożona przez Wykonawców, o których mowa w pkt VII.6.1), zamawiający może żądać przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego umowy regulującej współpracę tych Wykonawców.
  - 5) Oferta musi być podpisana w taki sposób, by prawnie zobowiązywała wszystkich Wykonawców występujących wspólnie (przez każdego z Wykonawców lub pełnomocnika).
  - 6) Informacja dotycząca składania oświadczeń / dokumentów:
    - a) oświadczenie wymienione w pkt VII.1 – winno być złożone odrębnie przez każdy podmiot wraz z ofertą,
7. **Postanowienia dotyczące składanych dokumentów:**
  - 1) Poświadczenia za zgodność z oryginałem dokonuje odpowiednio Wykonawca lub podmiot, na którego zdolnościach polega Wykonawca, a w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego ustanowiony pełnomocnik.
  - 2) W przypadku, gdy złożona przez Wykonawcę kopia dokumentu będzie nieczytelna lub będzie budzić wątpliwości co do jej prawdziwości, Zamawiający będzie żądał przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii.
  - 3) Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski, poświadczonym przez Wykonawcę.
  - 4) Jeżeli Wykonawca nie złożył oświadczenia, o którym mowa w art. 25a ust. 1 ustawy, oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 lub innych dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia postępowania, oświadczenia lub dokumenty są niekompletne, zawierają błędy lub budzą wskazane przez zamawiającego wątpliwości, zamawiający wzywa do ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub do udzielania wyjaśnień w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub udzielenia wyjaśnień oferta Wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- 5) Jeżeli Wykonawca nie złożył wymaganych pełnomocnictw albo złożył wadliwe pełnomocnictwa, zamawiający wezwie do ich złożenia w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia oferta Wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.

**VIII. WYKAZ DOKUMENTÓW I OŚWIADCZEŃ WYMAGANYCH OD WYKONAWCY PRZY SKŁADANIU OFERTY PRZETARGOWEJ - ZAWARTOŚĆ OFERTY PRZETARGOWEJ**

1. Formularz ofertowy – **Załącznik nr 2 do SIWZ**
2. Aktualne na dzień składania ofert oświadczenie, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu składane w formie Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia JEDZ, o którym mowa w pkt VII.1.1) – **Załącznik nr 3 do SIWZ**
3. Inne dokumenty:
  - 1) Pełnomocnictwo do podpisania oferty – w przypadku, kiedy podpisanie oferty wymaga udzielenia pełnomocnictwa.
  - 2) Potwierdzenie wniesienia wadium.
  - 3) Oświadczenie w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO – **Załącznik nr 5 do SIWZ.**
  - 4) Inne, podane w **VII 1.**

**IX. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI.**

1. Komunikacja między Zamawiającym, a Wykonawcami odbywa się przy użyciu platformy zakupowej [www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice](http://www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice)
2. Osobą uprawnioną do porozumiewania się z wykonawcami jest:  
Ewa Szczepaniec, adres e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)
3. W sytuacjach awaryjnych np. w przypadku braku działania platformy zakupowej [www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice](http://www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice) Zamawiający może również komunikować się z wykonawcami za pomocą poczty elektronicznej.
4. Dokumenty elektroniczne, oświadczenia lub elektroniczne kopie dokumentów lub oświadczeń, o których mowa w niniejszej SIWZ, składane są przez Wykonawcę za pośrednictwem [www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice](http://www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice)
5. Sposób sporządzenia dokumentów elektronicznych, oświadczeń lub elektronicznych kopii dokumentów lub oświadczeń musi być zgodny z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2017 r. w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz udostępniania i przechowywania dokumentów elektronicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1320, ze zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1126, ze zm.).
6. Wykonawcy mogą zwracać się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ, zgodnie z art. 38 ust. 1 ustawy pzp, kierując swoje zapytania do Zamawiającego, **ze wskazaniem numeru postępowania określonego w SIWZ.** Zapytania winny być składane w sposób określony w pkt. 1.
7. Treść wyjaśnień zostanie udzielona przez Zamawiającego zgodnie z art. 38 ust. 2 ustawy pzp.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

8. Wszelkie wyjaśnienia i modyfikacje, w tym zmiany terminów stają się integralną częścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia i są wiążące dla Zamawiającego i Wykonawców.

### WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM

Każda składana oferta musi być zabezpieczona wadium w wysokości **70 000,00 zł** (siedemdziesiąt tysięcy złotych)

Wadium może być wnoszone w następujących formach:

- w pieniądzu
- w poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym że zobowiązanie kasy jest zawsze zobowiązaniem pieniężnym
- w gwarancjach bankowych
- w gwarancjach ubezpieczeniowych
- w poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz. U. z 2019 r. poz. 310, ze zm.).

Wadium wnoszone w formie pieniężnej należy wpłacać na konto zamawiającego:

**55 1240 2294 1111 0010 7831 6446**

W przypadku wadium wnoszonego w poręczeniach lub gwarancjach data wygaśnięcia poręczenia lub gwarancji musi obejmować co najmniej termin związania ofertą. Poręczenia i gwarancje muszą być bezwarunkowe. W terminie otwarcia ofert wadium wpłacane w pieniądzu musi znajdować się na koncie zamawiającego. **Potwierdzenie wniesienia wadium należy załączyć do oferty.** Wykonawca, którego oferta nie będzie zabezpieczona akceptowalną formą wadium zostanie wykluczony z postępowania.

W przypadku wnoszenia wadium w formie poręczenia lub gwarancji, za pośrednictwem platformy zakupowej – Zamawiający wymaga złożenia dokumentu w formie elektronicznej na zasadach określonych w rozdz. XII SIWZ – z zastrzeżeniem, iż będzie on podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez Gwaranta tj. wystawcę gwarancji/poręczenia.

Zamawiający będzie żądał w określonym terminie ponownego wniesienia wadium przez wykonawcę, któremu zwrócono wadium na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych jeżeli w wyniku ostatecznego rozstrzygnięcia odwołania jego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza.

### TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

1. Wykonawca pozostaje związany ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.
2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
3. Wykonawca samodzielnie lub na wniosek zamawiającego może przedłużyć termin związania ofertą, z tym, że zamawiający może tylko raz, co najmniej na 3 dni przed upływem terminu związania ofertą, zwrócić się do wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o oznaczony okres, nie dłuższy jednak niż 60 dni.

### X. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

#### 1. Wymagania podstawowe

- 1) Wykonawca składa ofertę wraz z załącznikami za pośrednictwem platformy zakupowej pod adresem: [www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice](http://www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice)





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- 2) Korzystanie z platformy zakupowej przez Wykonawcę jest bezpłatne.
- 3) Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę;
- 4) Treść złożonej oferty musi odpowiadać treści SIWZ;
- 5) Oferta winna być złożona przez osoby umocowane do składania oświadczeń woli i zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy;
- 6) W przypadku złożenia oferty i składających się na nią dokumentów i oświadczeń przez osob(ę) niewymienion(ą) w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) Wykonawcy, należy do oferty dołączyć stosowne pełnomocnictwo opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym;
- 7) Wykonawcy ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty, w tym koszty poniesione z tytułu nabycia kwalifikowanego podpisu elektronicznego.

Uwaga: Celem prawidłowego złożenia oferty Zamawiający zamieścić na stronie platformy zakupowej pod adresem: [www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice](http://www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice) plik pn. Instrukcja składania oferty dla Wykonawcy

## 2. Forma oferty, dokumentów i oświadczeń

- 1) Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, z zachowaniem formy elektronicznej pod rygorem nieważności i podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym.
- 2) Dokumenty lub oświadczenia, o których mowa w niniejszym SIWZ, składane są w oryginale w postaci dokumentu elektronicznego lub w elektronicznej kopii dokumentu lub oświadczenia poświadczonej za zgodność z oryginałem.
- 3) Poświadczenia za zgodność z oryginałem dokonuje odpowiednio wykonawca, podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega wykonawca, wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego albo podwykonawca, w zakresie dokumentów lub oświadczeń, które każdego z nich dotyczą.
- 4) Poświadczenie za zgodność z oryginałem elektronicznej kopii dokumentu lub oświadczenia, o której mowa w pkt. 3) powyżej następuje przy użyciu kwalifikowanego podpisu elektronicznego.
- 5) W przypadku załączania do oferty dokumentów lub oświadczeń sporządzonych w języku obcym należy je złożyć wraz z tłumaczeniem na język polski.
- 6) Zamawiający zaleca wykorzystanie formularzy załączonych do SIWZ. Dopuszcza się złożenie w ofercie załączników opracowanych przez Wykonawców pod warunkiem, że będą one zgodne co do treści z formularzami określonymi przez Zamawiającego.
- 7) W zakresie nieuregulowanym niniejszym SIWZ, zastosowanie mają przepisy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

## XI. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Ofertę wraz z załącznikami należy złożyć za pośrednictwem platformy zakupowej pod adresem: [www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice](http://www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice) w terminie najpóźniej do dnia **29.06.2020 r. do godz. 12.30**.
2. Otwarcie ofert nastąpi za pomocą platformy zakupowej w dniu **29.06.2020 r. o godzinie 13.20** w 32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2 (Dział zamówień publicznych i umów).
3. Niezwłocznie po otwarciu ofert zamawiający zamieści na stronie [www.szpitalmyslenice.pl](http://www.szpitalmyslenice.pl) informacje dotyczące:
  - 1) kwoty, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia,
  - 2) firm oraz adresów wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie,
  - 3) ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofertach.

## XII. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

1. Cena całkowita oferty powinna obejmować wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem oraz warunkami stawianymi przez Zamawiającego.
2. Podana cena oferty jest obowiązująca i niezmienna w całym okresie ważności oferty (związania ofertą).
3. Cenę za realizację przedmiotu zamówienia należy podać w Formularzu ofertowym – **Załącznik nr 2 do SIWZ**, w złotych polskich.

**Uwaga:**

Zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy Pzp, jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje zamawiającego (**w pkt 1 Formularza ofertowego stanowiącego załącznik nr 2 do SIWZ**), czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego.

**XIII. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM WAG TYCH KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT**

1. Cena oferty obejmującej oferowany przedmiot zamówienia 60%
2. Jakość - ręczniki papierowe ( rolki, ZZ) 10%
3. Jakość - papier toaletowy 10%
4. Certyfikat Gwarant Czystości i Higieny 10%
5. Certyfikat ( system zarządzania jakością ) 10%

**Kryterium 1:**

Ocena oferty będzie dokonywana na podstawie „ceny” podanej w formularzu ofertowym, według wzoru:

$$P_c = \frac{C_n}{C_{ob}} \times 100 \times W_c$$

$P_c$  – liczba punktów uzyskanych przez ofertę badaną w kryterium „cena”

$C_n$  – najniższa zaoferowana cena spośród wszystkich cen z ofert podlegających ocenie

$C_{ob}$  – cena oferty badanej

$W_c$  – waga kryterium „cena” (tj. 60%) w postaci ułamka (0,60)

W kryterium można uzyskać maksymalnie **60 punktów**.

**Kryterium 2:**

Jakość proponowanych ręczników jednorazowych - **10 %**

Ręcznik papierowy ( rolki i ZZ)

Białość co najmniej 80%, surowiec 100% celuloza, ilość warstw co najmniej 2, gramatura 2x18g/m<sup>2</sup> i powyżej - 10 pkt

Białość poniżej 80%, ale nie mniej niż 60%, gramatura poniżej 36g/m<sup>2</sup> -0 pkt

**Kryterium 3:**

Jakość proponowanego papieru toaletowego – **10 %**





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Białość co najmniej 80%, surowiec-100% celuloza, ilość minimum warstw: 2, gramatura 2x16g/m<sup>2</sup> i powyżej - 10 pkt

Białość poniżej 80%, ale nie mniej niż 60%, gramatura poniżej 32g/m<sup>2</sup> -0 pkt

**Kryterium 4**

Wartość kryterium - 10%

Certyfikat Gwarant Czystości i Higieny - posiada 10 pkt; - Nie posiada 0 pkt

**Kryterium 5**

Wartość kryterium - 10%

Certyfikat ( system zarządzania jakością ) - posiada 10 pkt; - Nie posiada 0 pkt

**Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta, która uzyska największą ilość punktów,  
obliczoną według wzoru:**

$$P = P_c + K_2 + K_3 + K_4 + K_5$$

P – łączna liczba punktów uzyskanych przez badaną ofertę

**XVII. INFORMACJA O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU  
ZAWARCIA UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

1. Wybór wykonawcy.

Z Wykonawcą, którego oferta zostanie uznana przez Zamawiającego za ofertę najkorzystniejszą, biorąc pod uwagę kryteria przyjęte w niniejszym postępowaniu, zostanie zawarta umowa zgodnie z załączonym wzorem umowy, stanowiącym **Załącznik nr 6 do SIWZ**.

2. Ogłoszenie wyników przetargu.

Zamawiający poinformuje niezwłocznie wszystkich wykonawców o:

- 1) wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę albo imię i nazwisko, siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności wykonawcy, którego ofertę wybrano oraz nazwy albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania i adresy, jeżeli są miejscami wykonywania działalności wykonawców, którzy złożyli oferty, a także punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację,
- 2) wykonawcach, którzy zostali wykluczeni,
- 3) wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, powodach odrzucenia ofert,
- 4) unieważnieniu postępowania.

Zamawiający udostępni na swojej stronie internetowej informacje, o których mowa w pkt 1) i 4).

3. Zawarcie umowy.

- 1) W terminie wyznaczonym przez Zamawiającego wybrany Wykonawca winien przybyć we wskazane miejsce celem podpisania umowy.
- 2) Zamawiający zawrze umowę w sprawie Zamówienia publicznego zgodnie z terminami określonymi w art. 94 ustawy Prawo zamówień publicznych.

**XVIII. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY I FORMALNOŚCI,  
WYMAGANE DO ZAWARCIA UMOWY:**





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- I. Zamawiający wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy w wysokości 5% wartości brutto ceny oferty.

Zabezpieczenie może być wnoszone według wyboru Wykonawcy w jednej lub w kilku następujących formach:

- a) pieniądzu;
- b) poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym że zobowiązanie kasy jest zawsze zobowiązaniem pieniężnym;
- c) gwarancjach bankowych;
- d) gwarancjach ubezpieczeniowych;
- e) poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości.

Zabezpieczenie wnoszone w pieniądzu Wykonawca wpłaca przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Zamawiającego.

W przypadku wniesienia wadium w pieniądzu Wykonawca może wyrazić zgodę na zaliczenie kwoty wadium na poczet zabezpieczenia.

Jeżeli zabezpieczenie wniesiono w pieniądzu, Zamawiający przechowuje je na oprocentowanym rachunku bankowym. Zamawiający zwraca zabezpieczenie wniesione w pieniądzu z odsetkami wynikającymi z umowy rachunku bankowego, na którym było ono przechowywane, pomniejszone o koszt prowadzenia tego rachunku oraz prowizji bankowej za przelew pieniędzy na rachunek bankowy Wykonawcy.

W trakcie realizacji umowy Wykonawca może dokonać zmiany formy zabezpieczenia na jedną lub kilka form, o których mowa w pkt 1. Zmiana formy zabezpieczenia jest dokonywana z zachowaniem ciągłości zabezpieczenia i bez zmniejszenia jego wysokości.

Zamawiający zwraca zabezpieczenie w terminie 30 dni od dnia wykonania zamówienia i uznania przez Zamawiającego za należyte wykonane.

- II. Zamawiający wymaga, aby najpóźniej na 5 dni przed planowanym zawarciem Umowy Wykonawca przedłożył na podstawie danych zamieszczonych w SIWZ opracowany plan higieny, który będzie zgodny z SIWZ. Plan higieny należy przedłożyć w ilości co najmniej 2 szt. w wersji papierowej, w wydruku kolorowym, trwale zszytym, umożliwiającym Zamawiającemu zapoznanie się z jego treścią. Jeżeli z analizy planu higieny wyniknie, że Wykonawca zaoferował świadczenie sprzeczne z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia, to Zamawiający poinformuje o tym Wykonawcę, najpóźniej na jeden dzień przed planowanym zawarciem Umowy, wskazując niezgodności wynikające z treści tegoż planu i treści SIWZ (np. inne rodzaje środków higienicznych, przewidzianych do realizacji zamówienia, aniżeli te, które wskazano wraz ze złożoną ofertą, rodzaje środków, które nie spełniają wymagań określonych w SIWZ i nie są dedykowane do szpitali).

W przypadku gdy, Wykonawca nie dokona stosownych korekt wskazanych przez Zamawiającego w pełnym zakresie, Zamawiający ma prawo odstąpić od zawarcia Umowy z przyczyn za które odpowiedzialność ponosi Wykonawca i zatrzymać wniesione wadium.

## **XIX. INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY**

1. Zamawiający i Wykonawca dopuszczają możliwość zmiany treści umowy w uzasadnionych przypadkach i za zgodą zamawiającego, a w szczególności:
  - 1) Zmiany osób po stronie zamawiającego i wykonawcy,
  - 2) Adresu/siedziby Wykonawcy oraz adresów / siedzib Zamawiającego i/lub Stron Umowy.
  - 3) Wykonawcy – tylko i wyłącznie w przypadku sukcesji generalnej, przekształcenia, spółek handlowych zgodnie z Kodeksem spółek handlowych, sukcesji z mocy prawa.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- 4) Rezygnacji z części zamówienia (tylko z przyczyn niezależnych od Zamawiającego) i w związku z tym obniżenia wynagrodzenia Wykonawcy.
- 5) W przypadku zmiany przepisów prawnych mających wpływ na treść zawartej umowy.
2. Zmiana przedmiotowej umowy, z wyłączeniem wskazanych w niej wyjątków, wymaga sporządzenia aneksu w formie pisemnej, podpisanego przez obie strony, pod rygorem nieważności.

#### **XX. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ**

1. Środki ochrony prawnej określone w Dziale VI Ustawy Prawo zamówień publicznych przysługują Wykonawcy, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu danego Zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów Ustawy.
2. Odwołanie powinno wskazywać czynność lub zaniechanie czynności zamawiającego, której zarzuca się niezgodność z przepisami ustawy, zawierać zwięzłe przedstawienie zarzutów, określać żądanie oraz wskazywać okoliczności faktyczne i prawne uzasadniające wniesienie odwołania.
3. Odwołanie wnosi się do Prezesa Izby w formie pisemnej lub w postaci elektronicznej, podpisane bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu lub równoważnego środka, spełniającego wymagania dla tego rodzaju podpisu.
4. Odwołujący przesyła kopię odwołania Zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu. Domniemywa się, iż Zamawiający mógł zapoznać się z treścią odwołania przed upływem terminu do jego wniesienia, jeżeli przesłanie jego kopii nastąpiło przed upływem terminu do jego wniesienia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.
5. Odwołanie wnosi się w terminach określonych w art. 182 ustawy Prawo zamówień publicznych.

#### **XXI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

Wniesienie zastrzeżeń do umowy, po zakończeniu postępowania, traktowane będzie przez Zamawiającego jako uchylanie się od zawarcia umowy. W sprawach nie uregulowanych niniejszą specyfikacją, mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa, a w tym: Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych, Kodeksu Cywilnego i Kodeksu postępowania cywilnego.

Nie przewiduje się udzielenia zamówień zgodnie z art. 67 ust. 1 pkt 6 i 7 Ustawy Prawo zamówień publicznych.

#### **XXII. ZAŁĄCZNIKI DO SIWZ**

1. Załącznik nr 1 – Szczegółowy opis zamówienia wraz z opisem jednostki,
2. Załącznik nr 2 – Formularz ofertowy,
3. Załącznik nr 3 – JEDZ,
4. Załącznik nr 4 – Oświadczenie o przynależności do grupy kapitałowej,
5. Załącznik nr 5 – Oświadczenie ws. RODO,
6. Załącznik nr 6 – Wzór umowy wraz z załącznikami





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

#### UWAGA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informujemy, że:

administratorem Pani/Pana danych osobowych jest / Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach, 32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2

- inspektorem ochrony danych osobowych w /Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Myślenicach/ jest Pani Barbara Kołacz, kontakt: [barabrakolacz.ewart@gmail.com](mailto:barabrakolacz.ewart@gmail.com)\*;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z niniejszym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego.
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843), dalej „ustawa Pzp”;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych\*;
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*\*;





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

*\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.*

*\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*

Podpis osoby odpowiedzialnej  
za zakres merytoryczny:

Dział Zamówień Publicznych i Umów  
SP ZOZ w Myślenicach  
p.o. KIEROWNIKA  
*Ewa Szczepaniec*

Podpis kierownika jednostki:  
Samodzielnego Publicznego Zakładu  
Opieki Zdrowotnej w Myślenicach  
*Adam Stępczak*

*22.05.2020r.*





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Załącznik nr 2 do SIWZ

.....  
(Nazwa i adres Wykonawcy)

NR NIP / KRS: .....

REGON: .....

Telefon / Fax: .....

adres e-mail: .....

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach  
32-400 Myślenice  
ul. Szpitalna 2

#### FORMULARZ OFERTY

Usługi kompleksowego, specjalistycznego sprzątnia i utrzymania czystości w pomieszczeniach szpitalnych i administracyjnych oraz wykonywania transportu wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego wraz z przejęciem 11 pracowników w trybie art. 23' Kodeksu Pracy

nr 13/PN/20

Po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia, opisem jednostki sprzątnanej, treścią siwz oraz wzorem umowy składam swoją ofertę i zobowiązuje się że wykonam przedmiotowe zamówienia za

Nr Pakietu	Miesięczna wartość pakietu brutto .....(zł)	Roczna wartość pakietu brutto .....(zł)	Wartość za okres 2-ch lat brutto .....(zł)
<b>Usługi sprzątnia oraz wykonywanie czynności pomocniczych przy pacjencie</b>			
(1) Oddział Chirurgiczny wraz z Intensywną Opieką Pooperacyjną			
(2) Oddział Chirurgii Urazowo-ortopedycznej			
(3) Blok operacyjny			
(4) Oddział Ginekologiczno-położniczy wraz z blokiem porodowym			
(5) Oddział Neonatologiczny			
(6) Oddział Wewnętrzny wraz z Intensywną Opieką Kardiologiczną			
(7) Oddział Neurologiczny			
(8) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii			





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

(9) Oddział Dziecięcy			
(10) Szpitalny Oddział Ratunkowy			
(11) Oddział Chorób Płuc			
(12) Oddział Zakaźny			
(13) Zakład Opiekuńczo - Leczniczy			
(14) Stacja Pomocy Doraźnej			
(15) Pracownia Rehabilitacji i Fizykoterapii			
(16) Pracownia Diagnostyki Obrazowej RTG, USG, EKG, EEG			
(17) Poradnie specjalistyczne			
(18) Laboratorium Mikrobiologiczne			
(19) Laboratorium Analizy Medycznej			
(20) Apteka Szpitalna			
(21) Centralna Sterylizatornia			
(22) Pozostałe			
<b>Razem:</b>			

**OGÓLEM:**

<b>Usługi sprzątnięcia oraz wykonywanie transportu wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego</b>		
<b>Miesięczna wartość brutto</b> .....(zł)	<b>Roczna wartość brutto</b> .....(zł)	<b>Wartość za okres 2-ech lat brutto</b> .....(zł)

Wartość brutto oferty za okres 2 lat (słownie)..... zł.  
oraz:

- **Posiadami i składam/ nie posiadam\*** certyfikat Gwarant Czystości i Higieny
- **Posiadami i składam/ nie posiadam\*** certyfikatu potwierdzający wprowadzenie systemu zarządzania jakością

Oferowane ręczniki papierowe (podać dokładną nazwę handlową i symbol oraz parametry, jakie posiada aby Zamawiający mógł ocenić pod kątem przyznania dodatkowych punktów)

.....

Oferowany papier toaletowy (podać dokładną nazwę handlową i symbol oraz parametry, jakie posiada, aby Zamawiający mógł ocenić pod kątem przyznania dodatkowych punktów)

.....

Informujemy, że złożona oferta **nie będzie/będzie\*** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, o którym mowa w art. 91 ust. 3a Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1843 z późn. zm.).





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

1. Informujemy, że Wykonawca jest **małym/średnim/dużym<sup>1)</sup> przedsiębiorstwem**. (w przypadku oferty wspólnej informację należy odnieść do Lidera składającego ofertę w postępowaniu)
2. Oświadczamy, że projekt umowy, stanowiący załącznik do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, został przez nas zaakceptowany.
3. Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy **samodzielnie/przy udziale podwykonawców\***, powierzając im wykonanie następujących części zamówienia:

Firma podwykonawcy, o ile jest znana	Część zamówienia, której wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy	Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy

4. Odpis z właściwego rejestru można pobrać ze strony internetowej.....(jeżeli dotyczy).
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.

....., data .....

.....

Podpis (podpisy) osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

\*niewłaściwe skreślić

- 1) Art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019r., poz. 1843 z późn. zm.) – jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku. W przypadku nie wykreślenia żadnej informacji Zamawiający uzna, że złożona oferta nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego w/w obowiązku podatkowego.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

(Nazwa i adres Wykonawcy)

NR NIP / KRS: .....

REGON: .....

### **Wykaz usług odpowiadających wymaganiom w SIWZ**

(wykaz usług wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy lub usługi zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów określających czy te dostawy lub usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy lub usługi były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu)

Przedmiot zamówienia (dokładny opis)	Wartość brutto*	Data wykonania dzień/miesiąc/rok	Nazwa odbiorcy (zamawiającego)

Na każdą z wymienionych pozycji załącza się stosowny dowód potwierdzający ich należyte wykonanie lub wykonywanie.

\*Jeżeli zamówienie dotyczące dostawy lub usługi jest okresowe lub ciągłe również wykonywane należy podać tylko wartość zrealizowanego zamówienia do dnia uzyskania dowodu potwierdzającego jego należyte wykonanie a nie wartość zawartej umowy/kontraktu.

**Podpis** osoby/osób uprawnionej do reprezentacji wykonawcy.....





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

.....  
(Nazwa i adres Wykonawcy)

NR NIP / KRS: .....

REGON: .....

### **Wykaz personelu**

(wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości lub kierowanie robotami budowlanymi, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami)

Lp	Stanowisko	Nazwisko i imię	Posiadane, uprawnienia, kwalifikacje*

Oświadczamy, że:

- 1) dysponujemy osobami wymienionymi w poz. ....wykazu\*\*
- 2) nie dysponujemy osobami wymienionymi w poz. ....wykazu, lecz będziemy dysponować, na potwierdzenie czego załączamy pisemne zobowiązanie podmiotu/ów do udostępnienia tych osób\*\*
- 3) **zapewnimy do realizacji zamówienia ..... osób zatrudnionych na pełny etat, w tym przejmemy na podstawie art. 23' KP 11 osób zatrudnionych przez dotychczasowego wykonawcę usług tj. firmę Impel.**

\*Zamawiający przed zawarciem umowy z wykonawcą zastrzega możliwość wglądu w wyznaczonym terminie do dokumentów potwierdzających posiadanie wykształcenia i doświadczenia w wymaganym zakresie dla wykazanych osób

\*\* niepotrzebne skreślić

**Podpis** osoby/osób uprawnionej do reprezentacji wykonawcy.....





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Załącznik nr 4 do SIWZ

.....  
(Nazwa i adres Wykonawcy)

**Oświadczenie**  
**w trybie art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych**  
**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej \*)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **13/PN/20** oświadczam, co następuje:

Na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1843 z późn. zm.), oświadczam, że po zapoznaniu się z firmami oraz adresami wykonawców, którzy złożyli oferty, zamieszczonymi na stronie internetowej zamawiającego:

- 1) przynależę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019r. poz. 369, z późn. zm.)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
*podpis osoby uprawnionej do  
reprezentowania Wykonawcy*

- 2) nie przynależę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369, z późn. zm.)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
*podpis osoby uprawnionej do  
reprezentowania Wykonawcy*

\*) Należy wypełnić pkt 1 lub pkt 2

**Uwaga**

W przypadku wypełnienia pkt. 1 wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Załącznik nr 5 do SIWZ

.....  
(Nazwa i adres Wykonawcy)

**Oświadczenie w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr **13/PN/20**. oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
*podpis osoby uprawnionej do  
reprezentowania Wykonawcy*

---

<sup>1)</sup> rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Załącznik nr 6 do SIWZ

### UMOWA (WZÓR)

.....  
zawarta w dniu ..... r.  
pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki w Myślenicach z siedzibą przy ulicy Szpitalnej 2, 32-400  
Myślenice numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego: 000000005588; KRS: 0000008625, NIP: 681-16-90-  
668; REGON: 000300570

zwanym dalej w treści umowy „Zamawiającym” w imieniu, którego działa:  
Dyrektor – Adam Styczeń

a

..... NIP: ....., KRS: ....., Regon: .....

z siedzibą .....

zwanym dalej w treści umowy „Wykonawcą”, reprezentowanym przez:

.....

W wyniku wyboru oferty Wykonawcy złożonej w toku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na:

Usługi kompleksowego specjalistycznego sprzątnia i utrzymania czystości w obiektach SPZOZ w Myślenicach oraz wykonywanie transportu wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego wraz z przejściem 11 pracowników od obecnego wykonawcy usługi w trybie art. 23' Kodeksu Pracy, została zawarta umowa o następującej treści:

#### § 1

##### Zakres umowy

1. Zamawiający zleca, a Wykonawca przyjmuje obowiązki w zakresie kompleksowego, specjalistycznego sprzątnia i utrzymania czystości w pomieszczeniach szpitalnych, administracyjnych i gospodarczych wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych SPZOZ w Myślenicach, jak też wykonywanie transportu wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego.
2. Wykaz pomieszczeń i szczegółowy zakres wykonywanych prac stanowi załącznik nr 1 do umowy
3. Wykonawca w dniu zawarcia umowy przedstawi Zamawiającemu wykaz osób wyznaczonych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia Wykaz powinien zawierać m.in. imię i nazwisko pracownika,
4. Zamawiający zastrzega sobie możliwość kontroli zatrudnienia osób wskazanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia. Kontrola może być przeprowadzona bez wcześniejszego uprzedzenia Wykonawcy. Wykonawca może dokonać zmiany osób wyznaczonych do realizacji zamówienia. W przypadku zmiany osób realizujących zamówienie, Wykonawca zobowiązuje się do przekazania Zamawiającemu w terminie 2 dni od daty zaistnienia zmiany uaktualniony zapis.

#### § 2

##### Nadzór nad prawidłowym wykonaniem umowy

1. Do kontaktów, przekazywania uwag dotyczących wykonywania przedmiotu umowy uprawniony jest:
  - 1) ze strony Zamawiającego Pielęgniarka Epidemiologiczna – Bożena Węgrzyn i Pielęgniarka Naczelna Teresa Banowska i/lub inne wskazane na piśmie przez Zamawiającego osoby.
  - 2) ze strony Wykonawcy : .....





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

2. Zamawiający wyznaczy co najmniej dwie osoby, a Wykonawca 1 osobę, które stanowiącą komisję oceniającą jakość wykonywanych prac porządkowych i pozostałych objętych umową.

### § 3

#### Sposób przejęcia pracowników

Przejęcie 11 pracowników – sanitariuszy szpitalnych i innych odbędzie się na podstawie Kodeksu Pracy w trybie art. 23'. Imienny wykaz pracowników przejmowanych w trybie art. 23' Kp stanowić będzie załącznik nr 2 do umowy i udostępniony zostanie w dniu zawarcia umowy.

### § 4

#### Najem lokalu

Zamawiający dopuszcza możliwość odpłatnego wynajmu pomieszczeń. Warunki najmu określa odrębna umowa najmu. Stawki w niej zawarte nie podlegają negocjacjom, podlegają waloryzacji rocznej o stosowne wskaźniki ogłoszone przez GUS, na koniec stycznia danego roku.

### § 5

#### Warunki płatności

1. Wynagrodzenie miesięczne wykonawcy z tytułu realizacji przedmiotowej umowy, o której mowa w §1 wynosi: brutto: ..... zł (słownie: ...../100)
2. Zapłata będzie się odbywać na podstawie faktury VAT w terminie 60 dni od daty otrzymania faktury.
3. Przez termin zapłaty rozumie się dzień obciążenia konta bankowego Zamawiającego.

#### §5a

1. Strony postanawiają, iż dokonają w formie pisemnego aneksu zmiany wynagrodzenia w wypadku wystąpienia którejkolwiek ze zmian przepisów wskazanych w art. 142 ust. 5 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, tj. zmiany:
  - a. stawki podatku od towarów i usług,
  - b. wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej, ustalonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę,
  - c. zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne,
  - d. zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych - jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez wykonawcę.
2. Zmiana wysokości wynagrodzenia obowiązywać będzie od dnia wejścia w życie zmian, o których mowa w ust. 1.
3. W wypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 lit. a), wartość netto wynagrodzenia Wykonawcy nie zmieni się, a określona w aneksie wartość brutto wynagrodzenia zostanie wyliczona na podstawie nowych przepisów, jeżeli zmiany w tym zakresie będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę, co Wykonawca zobowiązany jest wykazać odpowiednim oświadczeniem.
4. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 lit. b), wynagrodzenie Wykonawcy ulegnie zmianie o wartość wzrostu całkowitego kosztu Wykonawcy wynikającą ze zwiększenia wynagrodzeń osób bezpośrednio wykonujących zamówienie do wysokości zmienionego minimalnego wynagrodzenia, z uwzględnieniem wszystkich obciążeń publicznych od kwoty wzrostu minimalnego wynagrodzenia, jeżeli zmiany w tym zakresie będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę, co Wykonawca zobowiązany jest wykazać odpowiednim oświadczeniem.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

5. W przypadku zmiany, o którym mowa w ust 1 lit. c) wynagrodzenie Wykonawcy ulegnie zmianie o wartość wzrostu całkowitego kosztu Wykonawcy, jaką będzie on zobowiązany dodatkowo ponieść w celu uwzględnienia tej zmiany, przy zachowaniu dotychczasowej kwoty netto wynagrodzenia osób bezpośrednio wykonujących zamówienie na rzecz Zamawiającego, jeżeli zmiany w tym zakresie będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę, co Wykonawca zobowiązany jest wykazać odpowiednim oświadczeniem.

### Warunki dotyczące przedmiotu umowy

#### I. Ogólne obowiązki Wykonawcy:

A. Szczegółowe zakresy czynności wykonywanych przez Wykonawcę określają załączniki – pakiety do umowy (1-22).

B. Wykonawca zobowiązany jest do:

1. Utrzymania wysokiego standardu higieny szpitalnej przez system pracy oparty na Planach Higieny opracowanych przez Wykonawcę. Powyższy plan winien być uaktualniony przez Wykonawcę zgodnie z potrzebami Zamawiającego, obowiązującymi przepisami i zaakceptowany przez Zespół ds. Kontroli Zakażeń Zamawiającego.
2. Bieżącego monitoringu wykonywanych usług przez pracowników Firmy, odpowiedzialnych za powierzony odcinek pracy.
3. Przestrzegania praw pacjenta i tajemnicy zawodowej, wynikającej z funkcjonowania zakładu Zamawiającego.
4. Używania środków myjąco-czyszczących dopuszczonych do stosowania w placówkach ochrony zdrowia dostosowanych do danej powierzchni uzgodnionych i zaakceptowanych przez Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych Zamawiającego na etapie przedstawienia planu higieny. Wykaz stosowanych środków winien być uaktualniony przez Wykonawcę zgodnie z potrzebami Zamawiającego, obowiązującymi przepisami w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy i zaakceptowany przez Zespół ds. Kontroli Zakażeń Zamawiającego.
5. Opakowania ze środkami czystościowymi znajdujące się na wózkach do sprzątania powinny zawierać informację dotyczącą nazwy środka (oryginalne opakowanie z etykietą w języku polskim), z aktualną datą ważności.
6. Wyposażenia swojego personelu w identyfikatory oraz jednolitą odzież roboczą: estetyczną, czystą, opatrzoną logo wykonawcy, obuwiu robocze i środki ochrony osobistej: rękawiczki jednorazowe, rękawice gospodarcze, fartuchy ochronne i foliowe, maseczki ochronne, okulary ochronne, itp.)
7. Wyposażenia pracowników w odpowiednią ilość sprzętu, środków myjących i higienicznych niezbędnych do prowadzenia usługi, zapewnienie mycia i dezynfekcji w systemie mopa nasączonego, tzw. „jednego kontaktu” – system kuwetowy zgodnie z nowoczesnymi zasadami i technologią sprzątania w placówkach ochrony zdrowia. Nakładki na mopa dostosowane do rodzaju powierzchni; gładkich, nierównych, mocno osadzonych zabrudzeń.
8. Ścisłej współpracy z Pielęgniarką Epidemiologiczną, Pielęgniarką Naczelną, Kierownikiem Działu Techniczno-Eksploatacyjnego, Ordynatorami, Kierownikami jednostek i komórek oraz Pielęgniarkami Oddziałowymi i Koordynującymi Zamawiającego celem wymiany uwag dotyczących wykonywanych usług.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

9. Wyznaczenia osobnego personelu, który zajmować się będzie wyłącznie dystrybucją posiłków z kuchni głównej do łóżka chorego, zmywaniem naczyń i sztućców po posiłkach zgodnie z obowiązującymi zasadami;
  - kuchenkowa ubrana w odzież w kolorze zarezerwowanym do tego typu czynności,
  - osoby dystrybuujące pożywienie powinny dodatkowo ubierać jednorazowe fartuchy ochronne, czepki oraz rękawiczki foliowe.
10. Utrzymania w czystości sprzętu służącego do wykonywania przedmiotu zamówienia.
11. Współpracy z personelem medycznym i respektowanie poleceń personelu medycznego w zakresie określonym w pakietach nr 1-22.
12. Przestrzegania obowiązującej segregacji i bieżącego usuwania odpadów zgodnie z Regulaminem postępowania z odpadami medycznymi w SPZOZ w Myślenicach (kolor worków i miejsca składowania), oraz utrzymania czystości w magazynie składowania odpadów.
13. Postępowania z bielizną zgodnie z procedurą obowiązującą u Zamawiającego.
14. Nie wykonywania prac porządkowych w godzinach od 22.00 do 6.00 /chyba, że taka konieczność wystąpi/ w pomieszczeniach, w których znajdują się pacjenci.
15. Spisywania bielizny pacjentów oddających odzież do szatni chorych (depozyt), znoszenia jej do szatni i przynoszenie na oddział.
16. Przekazywania Zespołowi ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych wykazu ilości zużytych środków myjących w poszczególnych oddziałach i komórkach organizacyjnych po zakończeniu danego miesiąca /do 10-tego dnia następnego miesiąca/ potwierdzonego dokumentem dostawy.
17. Prowadzenia bieżącej dokumentacji zawierającej dobowe zużycie nakładek na mopa, ścierek poddawanych procesowi prania i dezynfekcji oraz ściereczek jednorazowych w poszczególnych komórkach do wglądu przez Zamawiającego.
18. Dostarczania kierownikom komórek/ pielęgniarkom oddziałowym lub koordynującym miesięcznego planu wykonywanych czynności (z podziałem na czynności dzienne, tygodniowe i miesięczne) oraz Protokołu odbioru usługi, w którym osoby upoważnione przez Zamawiającego i Wykonawcę będą potwierdzać jakość wykonanych usług.
19. Reagowania i modyfikowania sposobu wykonania usługi zgodnie z aktualnymi rozporządzeniami jednostek nadrzędnych, kontrolujących jak również zaleceniami Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych działających w SPZOZ w Myślenicach.
20. Zabezpieczenia wszystkich środków potrzebnych do należytego wykonania usługi zgodnych z planem higieny.
21. Bieżącego uzupełniania środków zużywalnych w jednostkach (worki, papier toaletowy, ręczniki, itp.). W przypadku uszkodzenia dozowników oraz podajników na ręczniki Wykonawca zakupi nowe i zamontuje. Powyższe dozowniki i podajniki po wygaśnięciu umowy przechodzą na własność zamawiającego.
22. Współpracy w zakresie BHP.
23. Dodatkowej usługi mycia, dezynfekcji środkami stosownymi do zagrożenia, na zlecenie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
24. Przedłożenia w dniu zawarcia umowy imiennego wykazu osób, które będą wykonywały usługę w imieniu wykonawcy, zawierającego co najmniej imię i nazwisko pracownika, stanowisko, formę zatrudnienia ( powyższy wykaz powinien być aktualizowany każdorazowo w przypadku zmiany pracownika ).





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

25. Przedstawienia każdego roku o okresie trwania umowy zaplanowanych szkoleń w zakresie: technologii sprzątnia i utrzymania czystości w pomieszczeniach szpitalnych, profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych, postępowania z materiałem zakaźnym, mycia i dezynfekcji rąk, ekspozycji zawodowej i inne. Powyższe plany szkoleń wykonawca przedstawi Zespołowi ds. Zakażeń Szpitalnych do końca roku poprzedzającego.
26. Zamawiający ma prawo wglądu do dokumentacji prowadzonej przez Wykonawcę dotyczącej realizacji usługi, w tym m.in. dokumentacji ze szkoleń, zakresu obowiązków pracowników, harmonogramów pracy osób wykonujących usługę, listę obecności pracowników, ilość środków zużytych do wykonania usługi (kopia zapotrzebowania i dowód dostawy lub tzw./WZ).
27. Wykonawca zapewni osobne, profesjonalne oznakowane i opisane wózki z zamykaną powierzchnią ładunkową do wszelkiego rodzaju transportu w tym:
- bielizny czystej (od magazynu głównego z czystą bielizną do oddziału oraz w oddziale do łóżka chorego),
  - bielizny brudnej (od łóżka chorego, tymczasowego przechowywania w brudowniku oraz transportu od windy do miejsca składowania brudnej bielizny),
  - odpadów medycznych zakaźnych (tymczasowego przechowywania w brudowniku oraz transportu od windy do głównego magazynu odpadów),
  - odpadów medycznych pozostałych (tymczasowego przechowywania w brudowniku oraz transportu od windy do głównego magazynu odpadów),
  - transportu żywności do zewnętrznych oddziałów/wózki bimarowe, termosy/ umożliwiające utrzymanie temperatury posiłków,
28. Wykonawca zapewnia transport wewnętrzny;
- materiałów do badań oraz przynoszenie wyników – goniec,
  - czystej bielizny, brudnej bielizny, odpadów medycznych zakaźnych oraz pozostałych, pomoc przy transporcie materiałów z Apteki i magazynu szpitala przez 7 dni w tygodniu przez osobny personel,
  - serwis zabezpieczający maszynowe mycie, polerowanie, akrylowanie itp. przez 5 dni w tygodniu przez osobny personel.
29. Wykonawca zapewni wykonanie czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego - przez sanitariuszy szpitalnych/opiekunów medycznych do których obowiązków należy;
- Pomoc w transporcie chorych, przewożeniu chorych na oddziały szpitalne oraz do badań diagnostycznych.
  - Wykonywanie toalety pacjenta, pomoc przy pielęgnacji chorego, zmianie pozycji.
  - Pomoc przy rozdawaniu posiłków i karmieniu chorych.
  - Zmiana bielizny pościelowej i osobistej chorego.
  - Pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych pacjenta: podawanie basenów i kaczek, zmiana pampersa.
  - Transport materiału do/z centralnej sterylizacji.
  - Przygotowywanie roztworów dezynfekcyjnych wraz z dokumentowaniem powyższej czynności.
  - Znakowanie bielizny i pieluch, oraz okresowy przegląd pod kątem widoczności oznakowań i stanu bielizny, a także przygotowanie do kasacji.
  - Odbieranie wyników z pracowni diagnostycznych: EKG, USG, RTG.
  - Mycie i dezynfekcja sprzętu medycznego zgodnie ze specyfiką danego oddziału.
  - Inne czynności pomocnicze wykonywane na zlecenie i pod nadzorem personelu medycznego.
- Powyższe czynności mają wykonywać osoby posiadające kwalifikacje sanitariusza szpitalnego/opiekuna medycznego zgodnie z Rozporządzeniem. M.Z. z dn. 20 lipiec 2011r. (Dz.U.2011 nr





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

151 poz.896).

30. Zamawiający wymaga przydzielenia na poszczególne oddziały do wykonywania usług stałego personelu zapoznanego ze specyfiką oddziału. Wyjątkowo w przypadkach losowych po wcześniejszym uzgodnieniu z kierownictwem jednostki ( Pielęgniarka Oddziałowa, Kierownik komórki organizacyjnej), możliwa będzie zmiana. Każda osoba nowoprzyjęta do pracy przez okres jednego tygodnia ma pracować pod nadzorem Kierownika obiektu lub osoby przez niego wyznaczonej.
31. W przypadku nieobecności pracownika niezwłoczne uzupełnienie obsady /do 2 godzin/- zastępstwo nie może polegać na przesunięciach pracowników i zmniejszenia stałej obsady personelu w innych komórkach.
32. Wykonawca zapewni usługę dezynfekcji przez zamgławianie na zlecenie Zespołu Kontroli Zakażeń /urządzenie wraz ze środkami do fumigacji zapewnia zamawiający.
33. Wykonawca zapewni na terenie obiektu osobę nadzorującą prawidłową realizację usługi /Kierownik Obiektu/, od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 15.00.  
W razie nieobecności Kierownika zastępstwo zgłosić do osób nadzorujących Zamawiającego.

#### C. Pracownik Wykonawcy jest zobowiązany do:

- 1) zachowania reżimu sanitarnego w zakresie stosowanych metod i procedur utrzymania czystości ustalonych przez Zamawiającego, jak również stosowanego sprzętu i narzędzi do sprzątania,
- 2) umieszczania znaków ostrzegających o śliskiej nawierzchni każdorazowo podczas mycia, czyszczenia itp. zabiegów doprowadzających do powstania śliskiej nawierzchni. Znaki należy umieszczać w ilości gwarantującej ich widoczność z wszystkich możliwych dojazdów do obszaru poddawanego w/w zabiegom. Minimalne oznakowanie prostego odcinka o długości 10 m. wynosi: jeden znak na początku odcinka, drugi znak na końcu odcinka,
- 3) używania środków ochrony osobistej: fartuchy jednorazowego użytku, maseczki, czepki, gogle, rękawice – stosownie do zagrożenia,
- 4) noszenia jednolitego, estetycznego ubioru i identyfikatorów, a dodatkowo do wydawania posiłków jednorazowych fartuchów ochronnych, rękawiczek foliowych oraz czepków,
- 5) zgłaszania każdego opuszczenia stanowiska pracy Pielęgniarkie Oddziałowej/Koordynującej lub dyżurnej, informując o celu wyjścia i przypuszczalnym terminie powrotu,
- 6) pomocy pielęgniarkom przy transporcie chorego,
- 7) zapewnienie monitoringu i stałego uzupełniania dozowników w mydło , środek dezynfekujący, papier toaletowy, ręczniki papierowe,
- 8) reagowania na sytuacje wyjątkowe zgłaszane przez pacjentów i niezwłoczne poinformowanie o tym personelu oddziału,
- 9) usuwania, mycia i dezynfekcji basenów, kaczek, miedniczek do mycia pacjenta,
- 10) zmiany bielizny pościelowej,
- 11) przekazania brudnej i odbiór czystej bielizny,
- 12) zdejmowania, mycia i wieszania umytych lamp,
- 13) nadzoru nad czystością toalet / przy poradniach monitorowanie co 1 godzinę/,
- 14) opisywania wszystkich worków z odpadami zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 15) zakładania worków na odpady i zamykania z wykorzystaniem opasek zaciskowych,





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- 16) nabywanie podłóg środkiem uzgodnionym z Zamawiającym (rodzaje podłóg występujących u Zamawiającego: płytki podłogowe ceramiczne, wykładzina zgrzewalna PCV, płytki PCV, lastriko, wykładziny homogeniczne - Tarkett),
- 17) utrzymania w stałej czystości żaluzji i rolet we wszystkich jednostkach i komórkach,
- 18) pomocy pielęgniarki w toalecie pośmiertnej i transporcie zwłok do pomieszczenia pro-morte od poniedziałku do niedzieli - całą dobę oraz mycie i dezynfekcja wózków na zwłoki po każdym użyciu oraz windy po transporcie zwłok,
- 19) zgłaszania w godzinach popołudniowych i nocnych wszelkich zauważonych awarii pielęgniarki dyżurnej w oddziale,
- 20) przestrzegania wszelkich obowiązujących w SPZOZ w Myślenicach przepisów, standardów, procedur, instrukcji,
- 21) posiadania dopuszczenia do pracy przez lekarza Medycyny Pracy oraz udokumentowanych szkoleń przed przystąpieniem do pracy oraz szkoleń okresowych w zakresie:
  - a) Przygotowania rąk do pracy /zasada „nic poniżej łokcia”/ jako podstawowej czynności zapobiegającej rozprzestrzenianiu się zakażeń szpitalnych.
  - b) Ekspozycji zawodowej.
  - c) Postępowania z materiałem zakaźnym.
  - d) Technologii sprzątnięcia i utrzymania czystości w pomieszczeniach szpitalnych.

#### **D. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za:**

1. jakość świadczonych usług oraz za ich wykonanie zgodnie z obowiązującymi przepisami,
2. wyniki badań mikrobiologicznych, (w razie nieskutecznej dezynfekcji powtórna dezynfekcja i dodatkowe badania),
3. szkody w mieniu i na osobach, powstałe w wyniku czynu niedozwolonego, z tytułu nie wykonania lub nienależytego wykonania obowiązków określonych w umowie i w załącznikach chyba, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności.

W ramach odpowiedzialności za wykonywane usługi Wykonawca płaci kary za nieprzestrzeganie przepisów sanitarno - epidemiologicznych, BHP, P/pož., nakładanych przez uprawnione służby. Również w momencie dodatnich wyników z posiewów czystościowych, Wykonawca będzie obciążony kosztami tych badań, dodatkowej dezynfekcji i badań kontrolnych.

#### **E. Warunki dodatkowe:**

##### **1. Środki zapewniane przez Wykonawcę:**

- Środki myjąco-czyszczące do powierzchni (wyłącznie w oryginalnych opakowaniach)
- Środki zapachowe
- Detergenty do mycia urządzeń sanitarnych, ekranów monitorów.
- Ręczniki jednorazowe dobrej jakości, nie pyłące, w rolkach - białe, dwuwarstwowe i składane „Z”- kolor biały, dopasowane do wielkości dozowników.
- Papier toaletowy, dwuwarstwowy, biały, dobrej jakości.
- Szczotki do WC, przy każdej misce ustępowej.
- Prześcieradła jednorazowe w Pokojach zabiegowych i Poradniach Specjalistycznych.
- Środki do mycia naczyń.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- Środki do zmywarek (sól, nabtyszczac, tabletki – w zależności od wymagań producenta).
- Worki niebieskie grube na brudną niezakaźną bieliznę.
- Worki czerwone na bieliznę i odpady zakaźne (grube) (35l. 60l. 120l.).
- Worki czarne(35l. 60l. 120l.).
- Worki białe na pościel czystą.
- Każdy worek musi być opisany kodem odpadu i znakiem komórki organizacyjnej, jakość worków odpowiadająca wymogom zawartym w aktualnym Rozporządzeniu M.Z. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.
- Ściereczki w czterech kolorach oraz ściereczki jednorazowego użytku dopuszczone do sprzątnia i dezynfekcji w pomieszczeniach szpitalnych suche.
- Sprzęt do wykonywania usługi nie starszy niż 5 lat (stan techniczny wózków do sprzątnia pozwalający na przeprowadzenie prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji).
- Nakładki na mopy w ilości zgodnej z zasadą „mopa jednego kontaktu”- dostosowane do rodzaju powierzchni.
- Profesjonalne maszyny zabezpieczające prawidłowe wykonanie usługi – nie starsze niż 5 lat.
- Maty wycieraczkowe przy każdym wejściu.
- Dodatkowe dezynfekcje podyktowane nieprzestrzeganiem odpowiednich zasad sprzątnia poparte badaniami mikrobiologicznymi - na wniosek Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

Wykonawca przedstawi pełną listę środków myjących, które będą stosowane podczas wykonywania usługi. Dobór i przeznaczenie środków musi być uzgodnione i zaakceptowane przez Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Ulotki informacyjne, karty charakterystyki preparatów stosowanych przez Wykonawcę powinny być przekazane wraz z umową oraz uzupełniane na bieżąco.

Wykonawca przedstawi karty techniczne oferowanych ręczników jednorazowych w rolkach i składanych „ZZ”, papieru toaletowego oraz jednorazowych ścierek do sprzątnia.

## 2. Kontrola wykonywanych usług;

Zamawiający zastrzega sobie prawo kontroli wykonywanych czynności bez ograniczeń w każdym czasie.

- a) Bieżącą kontrolę komórek organizacyjnych przeprowadzają pielęgniarki oddziałowe i/lub kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.
- b) Okresową kontrolę higieny Szpitala przeprowadzają:
  - Pielęgniarka Epidemiologiczna,
  - Pielęgniarka Naczelna
  - inne uprawnione przez Dyrekcję Szpitala osoby.
- c) Zamawiający zastrzega sobie prawo do wrywkowych kontroli mikrobiologicznych świadczonych usług. Badania mikrobiologiczne mogą być pobierane ze wszystkich powierzchni podlegających dezynfekcji, jak również rąk personelu.
- d) W przypadku dodatnich wyników z posiewów czystościowych, Wykonawca będzie obciążony kosztami badań, dodatkowej dezynfekcji i badań kontrolnych.
- e) Zamawiający zastrzega sobie prawo do kontroli stanu czystości wszystkich powierzchni, materiałów i urządzeń służących do utrzymania czystości, w szczególności zestawów myjących, materiałów eksploatacyjnych (ściereczki, mopy), itp.
- f) Zamawiający zastrzega sobie prawo do kontroli środków zabezpieczonych do wykonania usługi znajdujących się w magazynie Wykonawcy na terenie Zamawiającego ( kontrole w obecności Kierownika Obiektu).





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax**. 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

- g) Z planowanych i doraźnych kontroli sporządzone będą „Protokoły kontroli wykonania usługi utrzymania czystości”. Zamawiający dopuszcza również inne formy dokumentowania wyników kontroli np. notatka służbowa.
- g) Metoda oceny usług utrzymania czystości: Ocena stanu sanitarno - higienicznego będzie prowadzona w skali punktowej, po zakończeniu kontroli punkty będą sumowane. Wyrazy tak/nie zawarte w protokołach stanowią kryteria oceny, każda wymieniona pozycja jest oceniana w systemie 0 lub 1 punkt, w zależności od spełnienia danych wymagań. „Nie” odpowiada 0 pkt, „tak” odpowiada 1 pkt. Jeżeli któraś z wymienionych pozycji nie dotyczy kontrolowanego pomieszczenia, w miejsce punktacji będzie wpisane określenie ND (nie dotyczy).
- h) Za każdy punkt 0 pobierana będzie kara umowna w wysokości 40,00 zł., odliczana od miesięcznego wynagrodzenia.

Wzór protokołu stanowi załącznik do ogólnych warunków umowy.

#### § 7

##### Ustalenia i wypłata odszkodowania

1. Odpowiedzialność za szkody w mieniu ustala się na podstawie:
  - protokołu z postępowania wyjaśniającego – ustalającego okoliczności powstania szkody, sporządzonego przy udziale przedstawicieli stron umowy i osób przez nich upoważnionych
  - protokołu uzgodnień stron ustalającego wysokość odszkodowania, sporządzonego przy udziale przedstawicieli stron umowy i osób przez nich upoważnionych w wyniku oceny materiału dowodowego i innych okoliczności wpływających na ocenę strat
2. Wypłata odszkodowania przez wykonawcę na rzecz Zamawiającego dokonywana będzie na podstawie na podstawie noty obciążeniowej.
3. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w zakresie jakości wykonywanych usług, jak też nie wywiązania się z warunków określonych w umowie przez Wykonawcę Zamawiający rozpocznie pisemną procedurę reklamacyjną mającą na celu usunięcie nieprawidłowości. W przypadku braku usunięcia nieprawidłowości w terminie 14 od daty wezwania Wykonawcy przez Zamawiającego, Zamawiający może rozwiązać umowę ze skutkiem rozwiązującym na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym upłynął w/w termin z zastrzeżeniem § 10 ust. 1 umowy.

#### § 8

##### Czas trwania i sposób rozwiązania umowy

1. Umowa zostaje zawarta na okres 2 lat od dnia.....do dnia.....
2. **W przypadku sporządzenia protokołu stwierdzającego powtarzające się niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy, Zamawiający zastrzega sobie prawo do natychmiastowego rozwiązania umowy.**
3. Rozwiązanie umowy najmu, o której mowa w §4, spowoduje rozwiązanie pozostałych umów łączących się z niniejszą umową, ze skutkiem rozwiązującym na koniec miesiąca kalendarzowego.

#### § 9

##### Podwykonawstwo

1. Wykonawca może powierzyć Podwykonawcom wykonanie Usług/czynności/prac stanowiących część przedmiotu umowy, których zakres określi załącznik do umowy.
2. Powierzenie wykonania części przedmiotu Umowy Podwykonawcy nie wyłącza obowiązku spełnienia przez Wykonawcę wszystkich wymogów określonych postanowieniami Umowy, w tym dotyczących personelu Wykonawcy.
3. Wykonawca uprawniony jest do powierzenia wykonania części przedmiotu Umowy nowemu Podwykonawcy, zmiany albo rezygnacji z Podwykonawcy. Do powierzenia wykonania części przedmiotu Umowy nowemu Podwykonawcy, zmiany albo rezygnacji z Podwykonawcy konieczna jest zgoda Zamawiającego w przypadku, o





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax**. 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

którym mowa w art. 36b ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych. W pozostałych przypadkach zmiana Podwykonawcy następuje za uprzednim poinformowaniem o tym fakcie Zamawiającego, dokonany co najmniej na 7 przed dokonaniem zmiany Podwykonawcy.

4. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za dochowanie przez Podwykonawców warunków Umowy (w tym odnoszących się do personelu Wykonawcy i Informacji Poufnych) oraz odpowiada za ich działania lub zaniechania jak za swoje własne.

#### **§10**

##### **Kary umowne**

1. W przypadku stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, Zamawiający zastrzega sobie prawo obciążenia Wykonawcy karą umowną zgodnie z §6 ust.IV pkt. 11. niniejszej umowy
2. Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającego karę umowną w wysokości 10% wartości brutto przedmiotu umowy, w przypadku odstąpienia od umowy z powodu okoliczności, za które odpowiada Wykonawca.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania na zasadach Ogólnych Kodeksu Cywilnego, przewyższającego karę umowną.

#### **§11**

##### **Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej**

1. Wykonawca zobowiązany jest posiadać ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności. Jeżeli okres ubezpieczenia będzie krótszy niż okres trwania Umowy, Wykonawca zobowiązany jest do przedłużenia ubezpieczenia i przedłożenia Zamawiającemu dokumentów przedłużenia i dowodu opłacenia składki.
2. Wykonawca zobowiązany jest do poinformowania Zamawiającego o wszelkich zmianach treści zawartej umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, w terminie 7 dni roboczych od dnia ich wejścia w życie.

#### **§12**

##### **WARUNKI I ZAKRES ZMIANY UMOWY**

1. Zmiana postanowień niniejszej umowy może być dokonana przez strony w formie pisemnej w drodze aneksu do niniejszej umowy, pod rygorem nieważności.
2. Strony przewidują możliwość dokonania zmiany zawartej Umowy w przypadku, gdy konieczność wprowadzenia zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia Umowy, tj. spowodowanych:
  - a. zmianą powszechnie obowiązujących przepisów prawa lub wynikających z prawomocnych orzeczeń lub ostatecznych aktów administracyjnych właściwych organów - w takim zakresie, w jakim będzie to niezbędne w celu dostosowania postanowień Umowy do zaistniałego stanu prawnego lub faktycznego,
  - b. Zamawiający zastrzega sobie prawo zmniejszenia zakresu świadczonych Usług i w związku z tym wynagrodzenia Wykonawcy, w przypadku: wystąpienia prac remontowych, inwestycyjnych, zmian organizacyjnych u Zamawiającego, wyłączenia pomieszczeń (budynków) z eksploatacji.
  - c. siłą wyższą - rozumianą jako wystąpienie zdarzenia nadzwyczajnego, zewnętrznego, niemożliwego do przewidzenia i zapobieżenia, którego nie dało się uniknąć nawet przy zachowaniu najwyższej staranności, a które uniemożliwia Wykonawcy wykonanie jego zobowiązania w całości lub części. W razie wystąpienia siły wyższej Strony Umowy zobowiązane są dołożyć wszelkich starań w celu ograniczenia do minimum opóźnienia w wykonywaniu swoich zobowiązań umownych, powstałego na skutek działania siły wyższej.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

3. Zamawiający może w każdej chwili zażądać od Wykonawcy przedstawienia dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje i doświadczenie dla osób które będą wykonywać zamówienie zarówno ze strony Wykonawcy jak i podwykonawcy.
4. Zmniejszenie wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy w przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 2 pkt. b) nastąpi proporcjonalnie do okresu wyłączenia wykonywania Usługi oraz zmniejszenia zakresu (powierzchni), na której wykonywana jest Usługa.
5. Zamawiający poinformuje Wykonawcę o wystąpieniu okoliczności wskazanych w ust 2 pkt. b) z miesięcznym wyprzedzeniem.

#### § 13

##### Informacje Poufne

1. Wykonawca zobowiązuje się w okresie obowiązywania Umowy oraz po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu, do zachowania w ścisłej tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Zamawiającego, obejmujących:
  - 1) dane osobowe – chronione na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm.);
  - 2) informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa - chronione na podstawie ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r., nr 153, poz., 1503 z późn. zm.);
  - 3) informacje, które mogą mieć wpływ na funkcjonowanie lub stan bezpieczeństwa Zamawiającego.
2. Informacje, o których mowa w ust. 1, zwane są dalej „**Informacjami Poufnymi**”.
3. Informacje Poufne mogą być udostępnione wyłącznie osobom dającym rękojmię zachowania tajemnicy i tylko w zakresie niezbędnym dla należytego wykonania przedmiotu Umowy.
4. Ujawnianie Informacji Poufnych, niezależnie od sposobu ich ujawnienia, w wypadku gdy ma zostać dokonane w celu innym niż należyte wykonanie Umowy, jest dopuszczalne tylko za uprzednim zezwoleniem drugiej Strony, wyrażonym w formie pisemnej pod rygorem nieważności, przy czym w razie wątpliwości należy skonsultować zamiar ujawnienia Informacji Poufnej z przedstawicielem drugiej Strony.
5. W przypadku, gdy Strona została zobowiązana do ujawnienia Informacji Poufnych w całości lub w części uprawnionemu organowi, w granicach obowiązującego prawa, Strona ta zobowiązana jest jedynie uprzedzić drugą Stronę o nałożonym na nią obowiązku.
6. W razie powzięcia przez Stronę wiedzy o nieuprawnionym ujawnieniu Informacji Poufnych zobowiązana jest niezwłocznie powiadomić o tym fakcie drugą Stronę w celu umożliwienia jej podjęcia stosowanych środków zapobiegawczych.
7. Strona ma obowiązek zapewnić ochronę Informacji Poufnych według najwyższych przewidzianych prawem standardów, w tym zapewnić ochronę systemów i sieci teleinformatycznych, w których są przetwarzane, przechowywane lub przekazywane Informacje Poufne drugiej Strony, a także kontrolować ochronę Informacji Poufnych oraz przestrzegać przepisów o ochronie poufności informacji.

#### § 14

Wykonawca oświadcza, że posiada możliwość działania w sytuacji wystąpienia bezpośredniego zagrożenia bezpieczeństwa państwa lub wojny, co wiąże się z nałożeniem na Wykonawcę zwiększonych zadań.

#### § 15

Wszelkie zmiany i uzupełnienia umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 16

1. Wykonawca nie może przenieść wierzytelności na osobę trzecią bez zgody Zamawiającego wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

2. Wyklucza się stosowanie przez strony umowy konstrukcji prawnej, o której mowa w art.518 Kodeksu Cywilnego ( w szczególności Wykonawca nie może zawrzeć umowy poręczenia z podmiotem trzecim) oraz wszelkich innych konstrukcji prawnych skutkujących zmianą podmiotową po stronie wierzyciela.
3. Naruszenie zakazu określonego w ust.2., skutkować będzie dla Wykonawcy obowiązkiem zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości spełnionego przez osobę trzecią świadczenia.

#### § 17

Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć Zamawiającemu najpóźniej w dniu podpisania umowy dane dotyczące prognozowanych ilości i rodzajów wytwarzanych odpadów oraz szczegółowy sposób postępowania z nimi.

#### § 18

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawa Prawo Zamówień Publicznych (z późniejszymi zmianami) oraz ustawa z 12.06.2003r o terminach zapłaty w transakcjach handlowych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1323, ze zm.).

#### § 19

Wszelkie spory pomiędzy stronami mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

#### § 20

Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, przy czym 1 egzemplarz otrzymuje Zamawiający a 1 egzemplarz Wykonawca.

**WYKONAWCA**

**ZAMAWIAJĄCY**





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Załącznik nr 2  
do umowy .....  
z dnia ..... r.

**Wykaz 11 pracowników przekazywanych w trybie art. 23' Kp**

Lp	Nazwisko i imię	stanowisko
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Załącznik nr ..... do Umowy .....

z dnia.....

### Protokół kontroli wykonania Usługi utrzymania czystości.

Nazwa komórki organizacyjnej .....

Data przeprowadzenia kontroli .....

Miejsce kontroli czystości	Punktacja			Uwagi
	TAK 1 pkt	NIE 0 pkt	ND	
Meble, blaty, półki czyste				
Wózki do przewożenia chorych czyste				
Stojaki do kroplówek, fotele zabiegowe, fotele ginekologiczne czyste				
Łóżka, szafki przyłóżkowe czyste				
Lodówki czyste, odmrażane zgodnie z planem				
Wózki do przewożenia posiłków czyste				
Grzejniki, parapety czyste				
Okna czyste				
Ściany, listwy odbojowe czyste				
Podłogi czyste				
Drzwi, klamki, futryny, wyłączniki światła czyste				
Umywalki, baterie czyste				
Miski ustępowe, deski, szczotki wc czyste				
Pojemnik na papier toaletowy czysty i uzupełniony				
Kabiny prysznicowe, lustra, glazura, czyste				
Pojemniki na: mydło, płyn dezynfekcyjny, ręczniki jednorazowego użytku, czyste i uzupełnione				
Stelaże, kosze na odpady czyste wyłożone workiem foliowym w odpowiednim kolorze, opisane zgodnie z Regulaminem postępowania z odpadami				
Baseny, kaczki, itp. postępowanie prawidłowe				
Wózek do sprzątania, czysty, wyposażenie kompletne				
Środki do sprzątania (mycie i dezynfekcja) w oryginalnych opakowaniach, zgodne z planem higieny				
Ilość nakładek na mopa zużyta na 1 cykl mycia w dniu kontroli zgodna z metodą „mop jednego kontaktu”				
Ilość ściereczek w dniu kontroli umożliwiająca mycie i dezynfekcję zgodnie z planem higieny				
Odzież pracowników czysta, zawierająca logo wykonawcy usługi oraz				





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

identyfikator				
Schody, poręcze, barierki, wycieraczki, czyste				
Windy czyste				
Ilość pracowników firmy w dniu kontroli zgodna z umową				
Dokumentacja realizacji usługi prowadzona na bieżąco				
Terminowość dostarczenia wykazu zużytych środków higienicznych i myjących zgodna z umową				
Miesięczny wykaz zużycia ściereczek jednorazowych i wielorazowych zgodny z planem higieny				
Miesięczny wykaz zużycia środków zgodny z planem higieny				
<b>Liczba uzyskanych punktów oraz ocen negatywnych</b>				

Podpisy osób kontrolujących:

Zamawiający .....

Wykonawca .....

Uwagi;.....  
.....  
.....



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

## UMOWA NAJMU

Zawarta w dniu ..... r. w Myślenicach pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Myślenicach ul. Szpitalna 2, 32-400 Myślenice, numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego: 000000005588; KRS: 0000008625, NIP: 681-16-90-668; REGON: 000300570

reprezentowanym przez:  
Dyrektora- Adama Stycznia  
zwanym dalej **Wynajmującym**  
a

.....  
z siedzibą ..... ( NIP....., REGON....., KRS ..... )  
zwanym dalej **Najemcą**

o następującej treści ;

### §1

1. Wynajmujący oświadcza, że na podstawie Aktu Notarialnego Repertorium A nr 1470/2001 z dnia 26 marca 2001 roku z póź zm., przysługuje mu prawo nieodpłatnego użytkowania budynków – nieruchomości położonej w obrębie 3 działka 1106/16 jedn. ewidencyjna Myślenice składającej się m. in. z budynku głównego szpitala oraz budynku technicznego, którego właścicielem jest Powiat Myślenicki.
2. Zgodnie z wyrażoną zgodą Zarządu Powiatu Myślenickiego, Wynajmujący mocą niniejszej umowy oddaje, a Najemca bierze w najem lokale użytkowe o łącznej powierzchni **36,70m<sup>2</sup>** położone w budynkach opisanych w pkt 1.
3. Wynajęte pomieszczenia wykorzystane będą przez Najemcę na cele socjalne, biurowe oraz magazynowe w zakresie usług, o których mowa w umowie z dnia ..... r. nr .....
4. Przekazanie lokalu użytkowego nastąpi na podstawie protokołu zdawczo - odbiorczego stanowiącego załącznik do niniejszej umowy.

### §2

1. Najemca płacić będzie Wynajmującemu czynsz najmu w wysokości : 55,00 zł netto za każdy 1m<sup>2</sup> tj. ogółem zł netto: 2018,50 zł (słownie: dwa tysiące osiemnaście złotych /100) miesięcznie + 23 %VAT, tj. 2 482,76 zł (słownie: dwa tysiące czterysta osiemdziesiąt dwa złote 76 /100 .
2. Oprócz czynszu najmu Najemca ponosi wszelkie opłaty związane z eksploatacją lokalu, a przede wszystkim obciążają go:
  - a/ centralne ogrzewanie
  - b/ ciepła woda /podgrzanie/
  - c/ zimna woda
  - d/ kanalizacja (ścieki)
  - e/ energia elektryczna
  - f/ wywóz nieczystości
  - g/ telefon – opłata wg impulsu po obowiązujących Wynajmującego stawkach.
3. Wysokość opłat określonych w ust. 2 lit. a-f wynosi: 65,00 zł netto /m<sup>2</sup> (słownie: sześćdziesiąt pięć złotych ), tj. ogółem 2385,50 zł netto ( słownie: dwa tysiące trzysta osiemdziesiąt pięć złotych 50/100 ) miesięcznie +23% VAT tj. 2934,17 zł brutto miesięcznie (słownie: dwa tysiące dziewięćset trzydzieści cztery złote 17/100).





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax**. 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

4. Ustalony czynsz i opłaty Najemca będzie płacił miesięcznie na podstawie wystawionej faktury w terminie do 14 dni od daty wystawienia w kasie Wynajmującego lub przelewem na konto **72 1240 5051 1111 0000 5237 6317** z ustawowymi odsetkami w razie zwłoki w płatności którejkolwiek z faktur, z tym, że w razie zwłoki w płatności 2-ch kolejnych faktur umowa może zostać rozwiązana przez Wynajmującego ze skutkiem natychmiastowym. Za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu na konto bankowe Wynajmującego.
5. Ustalony czynsz podlega waloryzacji każdego roku o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych ustalony przez Prezesa GUS za rok ubiegły. Zmiana czynszu w powyższym trybie nie stanowi zmiany umowy i następuje na podstawie pisemnego powiadomienia począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym ogłoszono wskaźnik.
6. Natomiast opłaty ulegają zmianie:
  - a/ z datą nowej regulacji cen przez usługodawców w zakresie energii elektrycznej zimnej wody, ścieków, wywozu nieczystości stałych, usług telekomunikacyjnych.
  - b/ z początkiem każdego roku po przeprowadzonej kalkulacji przez Wynajmującego w zakresie centralnego ogrzewania i ciepłej wody.Zmiany opłat wynikające z § 2 pkt. 5 i 6 wymagają formy pisemnej. Zmiana w powyższym trybie nie stanowi zmiany umowy.

### §3

Najemca zobowiązany jest w czasie trwania umowy najmu i na własny koszt do:

- a/ dokonywania bieżących remontów lokalu niezbędnych do utrzymania ich w dobrym stanie technicznym
- b/ usuwania wszelkich szkód powstałych z jego winy.
- c/ utrzymania lokalu i jego otoczenia, w tym powierzchni wspólnego użytkowania, w należyłym stanie sanitarno - porządkowym.
- d/ przestrzegania i odpowiedzialności w zakresie przepisów BHP. p. poz., sanitarnych.

### §4

Najemca zobowiązany jest do przestrzegania zasad reżimu sanitarnego obowiązującego u Wynajmującego.

### §5

1. Bez zgody Wynajmującego, Najemca nie może dokonać remontów, modernizacji i innych zmian w wynajmowanych pomieszczeniach.
2. W czasie trwania najmu Najemcę obciążają drobne remonty wynikające ogólnie obowiązujących przepisów Prawa Cywilnego.

### §6

Bez pisemnej zgody Wynajmującego, Najemca nie może przedmiotu najmu oddawać osobie trzeciej oraz go podnajmować.

### §7

Wynajmujący jest uprawniony do dokonywania kontroli w lokalu w celu sprawdzenia czy Najemca w sposób należyty i prawidłowy wywiązuje się z warunków umowy wraz z aneksami.

### §8

1. Po zakończeniu umowy najmu Najemca winien zwrócić przedmiot najmu w stanie nie pogorszonym w stosunku do stanu określonego w protokole zdawczo - odbiorczym sporządzonym przy zawarciu umowy z uwzględnieniem normalnego zużycia.
2. Rozliczenie stron związane z rozwiązaniem umowy następuje protokolarnie w terminie do 30 dni od daty zakończenia lub rozwiązania umowy.

### §9



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,  
37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511  
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Wynajmujący nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek szkody w mieniu Najemcy wniesionym do przedmiotu najmu, powstałe na skutek zdarzeń losowych i innych niezależnych od Wynajmującego.

#### §10

Strony zgodnie ustalają, iż w razie ulepszenia przedmiotu najmu Najemca może według swego wyboru zabrać ulepszenia albo pozostawić je nieodpłatnie Wynajmującemu.

#### §11

Najemca ma obowiązek pozostawiać opuszczone wynajmowane pomieszczenia w stanie zapewniającym bezpieczeństwo obiektu i osób w tym budynku przebywających, w szczególności powinny być zamknięte okna, drzwi /na klucz/, wyłączone lampy oraz urządzenia elektryczne wymagające dozoru, a także zakręcony dopływ wody.

#### §12

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

#### §13

Wszelkie ewentualne spory rozpoznawane będą przez Sąd właściwy miejscowo dla Wynajmującego.

#### §14

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności w postaci aneksu.

#### §15

- Umowa niniejsza zostaje zawarta na czas określony 2 lat z terminem obowiązywania od dnia .....do dnia ....., jednak nie dłużej niż do dnia obowiązywania umowy nr ..... z dnia .....
- Umowa może zostać rozwiązana w każdym terminie na podstawie porozumienia stron.
- Umowa może zostać rozwiązana przez Wynajmującego bez zachowania okresu wypowiedzenia, jeżeli Najemca:
  - wykorzystuje lokal niezgodnie z jego przeznaczeniem określonym w umowie
  - podnajął (oddał do bezpłatnego używania) lokal, lub jego część bez zgody Wynajmującego
  - bez zgody Wynajmującego zmienił przeznaczenie lokalu lub jego części, albo zaprzestał w nim działalności.
  - utrudnia korzystanie z innych lokali o ile Wynajmujący, przynajmniej jeden raz, upomniał Najemcę z powodów wymienionych powyżej.
  - nie przyjął do stosowania: zwaloryzowanych stawek czynszowych i opłat - zwaloryzowanych w sposób określony w §2 pkt 5 i pkt 6 umowy.

#### §16

Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, przy czym 1 egzemplarz otrzymuje Najemca i 1 egzemplarz Wynajmujący.

**Najemca:**

**Wynajmujący :**