



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
[www.samarytanin.opole.pl](http://www.samarytanin.opole.pl) / [samarytanin@samarytanin.opole.pl](mailto:samarytanin@samarytanin.opole.pl)

## Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego INSTRUKCJA DLA WYKONAWCÓW

## I. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY.

1. Oferta winna zostać sporządzona zgodnie z niniejszą Instrukcją dla Wykonawców (zwaną dalej: IDW).
2. Składana oferta winna być sporządzona na Formularzu oferty wg wzoru stanowiącego **Załącznik nr 1** do niniejszej IDW. Formularz oferty winien zostać podpisany przez Wykonawcę lub przez osobę/y upoważnioną/e do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, wszystkie zapisane strony oferty - w tym wszystkie załączniki winny być **ponumerowane i parafowane** przez Wykonawcę lub przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy. W przypadku podpisania oferty przez osobę/y nie wymienioną/e w dokumencie potwierdzającym uprawnienie do występowania w obrocie prawnym - należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo.
3. W przypadku, gdy Wykonawca dołączy jako załączniki do oferty kopie dokumentów, kopie te muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, przez co najmniej jedną osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w jego imieniu.
4. Do oferty należy załączyć wszystkie dokumenty wymagane w **pkt. XVIII** niniejszej IDW. Oferta winna być kompletna, sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie. Jeżeli do oferty dołączane są dokumenty w językach obcych to należy załączyć dodatkowo ich tłumaczenia na język polski. W przypadku uzasadnionej wątpliwości Zamawiającego do przedłożonego tłumaczenia, może on żądać od Wykonawcy przedłożenia tłumaczenia sporządzonego przez tłumacza przysięgłego. Oferty nieczytelne nie będą rozpatrywane. Jeżeli na stronach załączników zabraknie miejsca, należy dołączyć dodatkowe strony.
5. Wszystkie miejsca w ofercie, w których Wykonawca naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
6. Każdy Wykonawca może złożyć w niniejszym postępowaniu tylko jedną ofertę – złożona oferta może obejmować kilka/kilku, różnych pielęgniarek/pielęgniarzy (max 10), pod warunkiem, że każda/każdy pielęgniarka/pielęgniarz odrębnie będzie spełniał/spełniała warunki udziału w postępowaniu.
7. **Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych oraz wariantowych.**
8. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
9. Wykonawca powinien złożyć ofertę na piśmie w zamkniętym, zabezpieczonym przed otwarciem i nieprzezroczystym opakowaniu (kopercie albo paczce).

Na opakowaniu należy zamieścić także:

- a) adres Zamawiającego:

**Cezary Juda Ośrodek Medyczny „SAMARYTANIN”**

**ul. K. Pużaka 11**

**45-272 Opole;**



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

b) oznakowanie:

**Numer referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: Nr 9 B/RPOP.08.01.00-16-0053/16-01/2019**

**„Świadczenie usług opieki pielęgniarstwa na rzecz pacjentów zakwalifikowanych do Projektu pn.: Mobilna opieka nad osobami starszymi w ramach integracyjnej opieki domowej”.**

**NIE OTWIERAĆ PRZED 8 marca 2019 roku godz. 9<sup>15</sup>.**

10. Wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną przez siebie ofertę pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty przed upływem terminu składania ofert, określonego w pkt. VII niniejszej IDW.
11. W przypadku wprowadzenia zmian w ofercie, Wykonawca złoży Zamawiającemu kolejną zamkniętą kopertę, opisaną jak w pkt. 9 powyżej, wraz z dodatkowym napisem „Zmiana”. Wykonawca nie może wycofać oferty ani wprowadzić jakichkolwiek zmian w treści oferty, po upływie terminu składania ofert, określonego w pkt. VII niniejszej IDW.

## **II. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU WRAZ Z DOKUMENTAMI I OŚWIADCZENIAMI SKŁADAJĄCYMI SIĘ NA OFERTĘ ORAZ PRZESŁANKI WYKLUCZENIA WYKONAWCÓW**

Oferta winna zawierać wypełniony **Formularz oferty (Załącznik nr 1 do niniejszej IDW)** oraz dokumenty potwierdzające spełnianie warunków udziału w postępowaniu określone poniżej, jak również dokumenty wskazane w pkt. XVIII niniejszej IDW.

1. Wykonawca nie może podlegać wykluczeniu z udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia. Z postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia Zamawiający wykluczy:
  - a) Wykonawcę, który nie wykazał spełniania warunków udziału w postępowaniu.
2. Wykonawca musi posiadać niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania niniejszego zamówienia, tj. – posiadać kwalifikacje zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 123 z późn. zm.) w zakresie dotyczącym pielęgniarki oraz aktualne prawo do wykonywania zawodu pielęgniarki na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Zamawiający dokona oceny spełnienia przez Wykonawcę wyżej wskazanych warunków udziału w postępowaniu według formuły spełnia/nie spełnia na podstawie złożonych przez Wykonawcę dokumentów. W celu potwierdzenia spełniania wyżej wskazanych warunków, Wykonawcy składający oferty obowiązani są przedłożyć wraz z ofertą **kopię dyplomu potwierdzającego uzyskanie wymaganego tytułu zawodowego** oraz dodatkowo przedłożyć wraz z ofertą **kopię dokumentu potwierdzającego aktualne prawo do wykonywania wymaganego zawodu**. Zamawiający zastrzega możliwość weryfikacji wskazanego numeru PWZ w stosownej bazie.

**Wykonawcy niespełniający warunków udziału w postępowaniu, określonych w pkt. II IDW zostaną wykluczeni z postępowania, a ich oferty odrzucone.**





Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

### III. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA.

1. Okres związania Wykonawców złożoną ofertą wynosi **60 dni**, licząc od dnia upływu terminu składania ofert.
2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
3. W uzasadnionych przypadkach, na co najmniej **5 dni** przed upływem terminu związania ofertą, Zamawiający może tylko raz zwrócić się do Wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o oznaczony okres, nie dłuższy jednak niż **30 dni**.

### IV. WZÓR UMOWY ORAZ TERMIN REALIZACJI UMOWY.

1. Wzór umowy stanowi **Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego**.
2. Termin realizacji Umowy: 24 m-ce.

### V. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z ZAMAWIAJĄCYM.

1. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy przekazują zgodnie z wyborem Zamawiającego dokonywanym na bieżąco, pisemnie, drogą mailową lub faksem.

2. Adres do korespondencji:

**Cezary Juda**

**Ośrodek Medyczny „SAMARYTANIN”**

**ul. K. Pużaka 11**

**45-272 Opole**

**tel.: +48606862510 fax: + 48 774003812 wewn. 32**

**adres e-mail: samarytanin@samarytanin.opole.pl**

**Uwaga:** W przypadku zapytania dotyczącego treści Zapytania ofertowego Wykonawca winien wystąpić do Zamawiającego o wyjaśnienie najpóźniej na **4 dni** (do godz. 15<sup>00</sup>) przed upływem terminu składania ofert.

### VI. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI.

Osobą uprawnioną do kontaktowania się z Wykonawcami jest Pani Katarzyna Łuczko tel. 795 479 581, e-mail: k.luczko@samarytanin.opole.pl



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

## **VII. SKŁADANIE I OTWARCIE OFERT.**

1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego w Opolu (lub przesłać pocztą tradycyjną lub kurierem) na adres siedziby Zamawiającego, tj.:

**Cezary Juda Ośrodek Medyczny „SAMARYTANIN”**

**ul. K. Pużaka 11, 45-272 Opole**

w nieprzekraczalnym terminie:

|                 |                          |                 |                       |
|-----------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>do dnia:</b> | <b>8 marca 2019 roku</b> | <b>do godz.</b> | <b>9<sup>00</sup></b> |
|-----------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|

Decydujące znaczenie dla oceny zachowania powyższego terminu ma data i godzina wpływu oferty do Zamawiającego, a nie data jej wysłania przesyłką pocztową czy kurierską.

Oferty złożone po terminie będą zwrócone Wykonawcom bez otwierania.

2. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego w Opolu, tj.:

**Cezary Juda Ośrodek Medyczny „Samarytanin”**

**ul. K. Pużaka 11, parter, pokój nr 1, 45-272 Opole:**

|                |                          |                |                       |
|----------------|--------------------------|----------------|-----------------------|
| <b>w dniu:</b> | <b>8 marca 2019 roku</b> | <b>o godz.</b> | <b>9<sup>15</sup></b> |
|----------------|--------------------------|----------------|-----------------------|

## **VIII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT.**

1. Otwarcie ofert jest jawne.
2. Bezpośrednio przed otwarciem ofert Zamawiający podaje kwotę, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
3. Zamawiający podaje imię i nazwisko, nazwę (firmę) oraz adres (siedzibę) Wykonawcy, którego oferta jest otwierana, a także informacje dotyczące ceny oferty. Informacje te odnotowywane są w protokole z postępowania.
4. Zamawiający oceni i porówna jedynie te oferty, które:
  - a) zostaną złożone przez Wykonawców niewykluczonych przez Zamawiającego z niniejszego postępowania, oraz
  - b) nie zostaną odrzucone przez Zamawiającego.
5. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących złożonych ofert.

## IX. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY I KRYTERIA OCENY OFERT.

### 1. Kryteria oceny ofert i przypisana im waga punktowa

| Lp. | Kryterium                                          | Znaczenie procentowe kryterium | Znaczenie punktowe kryterium |
|-----|----------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 1.  | Wynagrodzenie w zł (brutto) za 1 wizytę<br><br>(C) | 100%                           | 100 pkt                      |

#### A. Zasady oceny ofert wg kryterium „Wynagrodzenie w zł (brutto) za 1 wizytę”, tj. za:

Wartość kryterium „Wynagrodzenie w zł (brutto) za 1 wizytę” zostanie obliczona zgodnie z poniższym wzorem (z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku):

$$C = \frac{C_n}{C_b} \times 100 \text{ pkt}$$

gdzie:

C – wartość kryterium „Wynagrodzenie w zł (brutto) za 1 wizytę” dla oferty badanej

C<sub>n</sub> – wynagrodzenie w zł za 1 wizytę dla oferty najtańszej (brutto)

C<sub>b</sub> – wynagrodzenie w zł za 1 wizytę dla oferty badanej (brutto)

Wykonawca zobowiązany jest do podania ceny za realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z Formularzem oferty wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do niniejszej IDW.

Wykonawcy ubiegający się o udzielenie zamówienia obowiązani są podać całkowitą cenę za 1 wizytę jednej osoby (pielęgniarki/pielęgniara).

Wykonawcy obowiązani są również podać w Formularzu ofertowym łączną wartość wynagrodzenia, obejmującą sumę cen za wszystkie wizyty jednej/jednego pielęgniarki/pielęgniara, w ramach zamówienia (przyjmując średnio szacunkowo 840 wizyt w trakcie trwania umowy do realizacji przez jedną/jednego pielęgniarkę/pielęgniara).

Całkowita cena brutto za 1 wizytę powinna uwzględniać wszystkie wymagania niniejszego zapytania ofertowego oraz obejmować wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotowej usługi jednostkowej, w tym zaliczkę na podatek od osób fizycznych, wymagane składki ZUS, minimalną stawkę godzinową oraz ewentualny dojazd na wizytę.



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
[www.samarytanin.opole.pl](http://www.samarytanin.opole.pl) / [samarytanin@samarytanin.opole.pl](mailto:samarytanin@samarytanin.opole.pl)

W przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej ceny muszą zawierać należne zaliczki na podatek oraz składki, jakie Zamawiający zobowiązany będzie odprowadzić, zgodnie z odrębnymi przepisami, łącznie ze składkami występującymi po stronie Zleceniodawcy.

Wykonawca winien tak skalkulować wynagrodzenie, by było ono zgodne z ustawą z dnia 10 października 2002 roku o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 847 z późn. zm.) oraz aktami wykonawczymi do tej ustawy.

Każdy Wykonawca może podać tylko jedną wartość wynagrodzenia w zł za 1 wizytę pielęgniarki/pielęgniara.

Wynagrodzenie za 1 wizytę musi być wyrażone w złotych polskich i zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku.

2. W ramach oceny kryteriów Wykonawca może otrzymać jedynie pełne punkty, Zamawiający nie będzie przyznawał punktów częściowych.
3. Zamawiający uzna za najkorzystniejsze te oferty, które uzyskają najwyższą liczbę punktów. Zamawiający przewiduje wyłonienie następującej ilości Wykonawców – **10 pielęgniarek/pielęgniarzy, którzy otrzymają najwyższą liczbę punktów w ramach wskazanego kryterium oceny ofert.**
4. Jeżeli złożone oferty przedstawiają taką samą cenę brutto za 1 wizytę, co powoduje niemożliwość wyłonienia wskazanej w ust. 3 powyżej ilości Wykonawców, Zamawiający przewiduje wezwać Wykonawców, którzy złożyli takie oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych. Wykonawcy składający oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaoferowane w złożonych pierwotnie ofertach. Zamawiający dokonuje następnie wyboru tej oferty, która przedstawia niższą cenę za jedną wizytę.

#### **IX. OGŁOSZENIE WYNIKU POSTĘPOWANIA.**

1. Wyniki postępowania zostaną ogłoszone na stronie Bazy Konkurencyjności (<https://bazakonkurencyjnosci.funduszeuropejskie.gov.pl/>).
2. Niezależnie od powyższego, **Zamawiający powiadomi pisemnie o wyniku postępowania wszystkich Wykonawców, którzy ubiegali się o udzielenie zamówienia (tj. złożyli oferty w postępowaniu).**
3. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza odstąpi od podpisania umowy z Zamawiającym, Zamawiający może podpisać umowę z kolejnym Wykonawcą, który w postępowaniu o udzielenie zamówienia uzyskał kolejną najwyższą liczbę punktów. Przez odstąpienie od podpisania umowy należy również rozumieć uchylanie się od zawarcia umowy przez okres dłuższy niż 14 dni od dnia poinformowania przez Zamawiającego o dacie podpisania umowy.

#### **X. ODRZUCENIE OFERT.**

Zamawiający odrzuca ofertę, jeżeli:



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

- jest niezgodna z Wytycznymi lub *Regulaminem określającym zasady udzielania zamówień w ramach realizacji zadań z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego* wdrożonym u Zamawiającego,
- jej treść nie odpowiada treści Zapytania ofertowego,
- została złożona przez Wykonawcę wykluczonego z udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

Zamawiający zawiadamia równocześnie wszystkich Wykonawców, którzy złożyli oferty w postępowaniu, o odrzuceniu danej oferty, podając stosowne uzasadnienie.

## XII. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA.

Zamawiający **unieważnia postępowanie** o udzielenie zamówienia, jeżeli:

- nie złożono żadnej oferty nie podlegającej odrzuceniu,
- cena (w tym cena za 1 wizytę) najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający może przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia,
- wystąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub realizacja zamówienia nie leży w interesie Zamawiającego, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

O unieważnieniu postępowania o udzielenie zamówienia Zamawiający zawiadamia równocześnie wszystkich Wykonawców, którzy ubiegali się o udzielenie zamówienia, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.

## XIII. SPOSÓB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ DOT. ZAPYTANIA OFERTOWEGO.

1. Wykonawca ma prawo zwrócić się do Zamawiającego na piśmie o wyjaśnienie treści Zapytania ofertowego.
2. Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, jeśli prośba o wyjaśnienie wpłynie do niego najpóźniej **4 dni** (do godz. 15<sup>00</sup>) przed upływem terminu składania ofert.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Zamawiający może w każdym czasie, przed upływem terminu składania ofert, zmodyfikować treść Zapytania ofertowego. Zamawiający przedłuża termin składania ofert o czas niezbędny do wprowadzenia zmian w ofertach, jeżeli jest to konieczne z uwagi na zakres wprowadzonych zmian.
4. Każda wprowadzona przez Zamawiającego modyfikacja Zapytania ofertowego oraz wyjaśnienie **stanie się częścią Zapytania ofertowego oraz zostanie zamieszczona na stronie Bazy Konkurencyjności.**
5. **Nie zamierza się zwoływać zebrania Wykonawców.**

## XIV. UZUPEŁNIENIE, ZŁOŻENIE LUB POPRAWIENIE OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW

1. Jeżeli Wykonawca nie złożył dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia postępowania (w tym dokumentów, które winny być dołączone do oferty, zgodnie z pkt. XVIII IDW),





Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

oświadczenia lub dokumenty są niekompletne, zawierają błędy lub budzą wskazane przez Zamawiającego wątpliwości, Zamawiający wzywa do ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub do udzielenia wyjaśnień w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub udzielenia wyjaśnień, konieczne byłoby unieważnienie postępowania.

2. Jeżeli Wykonawca nie złożył wymaganych pełnomocnictw albo złożył wadliwe pełnomocnictwa, Zamawiający wzywa do ich złożenia 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.
3. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących złożonych ofert. Niedopuszczalne jest prowadzenie między Zamawiającym a Wykonawcą negocjacji dotyczących złożonej oferty (w tym np. w zakresie zaoferowanej ceny) oraz, z zastrzeżeniem pkt. 4 poniżej, dokonywanie jakiegokolwiek zmiany w jej treści.
4. Zamawiający poprawia w ofercie:
  - 1) oczywiste omyłki pisarskie,
  - 2) oczywiste omyłki rachunkowe, z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek;
  - 3) inne omyłki polegające na niezgodności oferty z Zapytaniem ofertowym, niepowodujące istotnych zmian w treści oferty;- niezwłocznie zawiadamiając o tym Wykonawcę, którego oferta została poprawiona.

### **XIII. POWIĄZANIA OSOBOWE LUB KAPITAŁOWE**

1. Zamówienia nie mogą być udzielane podmiotom powiązanim z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo z wyłączeniem zamówień wprost wskazanych w sekcji 6.5.2 pkt. 2 lit. a) Wytucznych.
2. Osoby wykonujące w imieniu Zamawiającego czynności związane z procedurą wyboru Wykonawcy (bądź sam Zamawiający), w tym biorące udział w procesie oceny ofert, nie mogą być powiązane osobowo lub kapitałowo z Wykonawcami, którzy złożyli oferty. Powinny być to osoby bezstronne i obiektywne.

### **XIV. PODWYKONAWSTWO, POLEGANIE NA ZASOBACH PODMIOTÓW TRZECICH**

1. Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom.
2. Wykonawca jest obowiązany wskazać w ofercie część/części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom z podaniem przez Wykonawcę firm lub imion i nazwisk podwykonawców.
3. Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.
4. Wykonawca może w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu polegać na zdolnościach zawodowych i innych podmiotów, niezależnie od charakteru



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

prawnego łączących go z nim stosunków prawnych.

5. Wykonawca, który polega na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów musi udowodnić Zamawiającemu, że realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów, w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia (zobowiązanie winno zostać dołączone do oferty).
6. Zamawiający ocenia, czy udostępniane Wykonawcy zasoby podmiotów trzecich pozwalają na wykazanie spełniania przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu oraz bada, czy nie zachodzą wobec tego podmiotu podstawy wykluczenia, o których mowa w pkt. II.1 niniejszej IDW.
7. W odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, Wykonawcy mogą polegać na zdolnościach innych podmiotów, jeśli podmioty te zrealizują usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane.

#### **XV. PROTESTY I ODWOŁANIA.**

Nie przewiduje się protestów ani odwołań.

#### **XVI. ZMIANY UMOWY**

Zamawiający, zgodnie z sekcją 6.5.2 pkt 22 lit. a) Wytycznych przewidział możliwość zmian umowy w sprawie realizacji niniejszego zamówienia i określił warunki takiej zmiany, nieprowadzące do zmiany charakteru umowy. Powyższe zostało wskazane w Załączniku nr 3 do Zapytania ofertowego – wzorze Umowy.

#### **XVII. TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORCY**

- 1) Wykonawca może, nie później niż w terminie składania ofert, zastrzec informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jedn. Dz. U. z 2018 roku, poz. 419 z późn. zm.). Wykonawca musi zastrzec, że informacje te nie mogą być udostępnione oraz wykazać, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.
- 2) Zamawiający wymaga, aby informacje zastrzeżone jako tajemnica przedsiębiorstwa były przez Wykonawcę złożone w oddzielnym wewnętrznym opakowaniu z oznakowaniem „NIEJAWNE” bądź „TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA”.
- 3) Wykonawca w szczególności nie może zastrzec informacji dotyczących ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności w ofercie.

#### **XVIII. ZAWARTOŚĆ OFERTY**

Kompletna oferta Wykonawcy winna zawierać:

- 1) wypełniony Formularz oferty (na wzorze stanowiącym Załącznik nr 1 do IDW);



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

- 2) kserokopie dokumentów potwierdzających spełnienie warunków udziału w postępowaniu (dyplom, prawo wykonywania zawodu).
- 3) stosowne pełnomocnictwo(a) - w przypadku, gdy upoważnienie do podpisania oferty nie wynika bezpośrednio z odpisu z właściwego rejestru albo zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;

**XIX. Klauzula informacyjna z art. 13 RODO skierowana do Wykonawców ubiegających się o udzielenie niniejszego zamówienia.**

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”, Zamawiający informuje, że:

- a) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Cezary Juda prowadzący działalność gospodarczą pod firmą Cezary Juda Ośrodek Medyczny „SAMARYTANIN” z siedzibą przy ul. K. Pużaka 11, 45-272 Opole;
- b) inspektorem ochrony danych osobowych w Ośrodku Medycznym „SAMARYTANIN” jest Pan Marek Popiel, kontakt: iod@samarytanin.opole.pl;
- c) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i b RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego nr referencyjny nadany przez Zamawiającego: Nr 9 B /RPOP.08.01.00-16-0053/16-01/2019 prowadzonym w trybie Zasady Konkurencyjności, zgodnie z Wytycznymi pn.: „Świadczenie usług opieki pielęgniarstwa na rzecz pacjentów zakwalifikowanych do Projektu pn.: „Mobilna opieka nad osobami starszymi” w ramach integracyjnej opieki domowej” w ramach realizacji Projektu pn.: „Mobilna opieka nad osobami starszymi”;
- d) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o zawartą umowę o dofinansowanie Projektu, w tym sekcję 6.5.2. Wytycznych, tj. Zasadę konkurencyjności;
- e) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z zawartą umową o dofinansowanie, tj. przez okres trwałości Projektu (5 lat od daty płatności końcowej na rzecz Zamawiającego/Beneficjenta) lub przez okres dwóch lat od dnia 31 grudnia następującego po złożeniu do Komisji Europejskiej zestawienia wydatków, w którym ujęto ostateczne wydatki dotyczące zakończonego Projektu – w zależności od tego, który z tych okresów upływa później;
- f) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolny, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości oceny złożonej oferty oraz zawarcia i wykonania umowy w sprawie niniejszego zamówienia;
- g) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- h) posiada Pani/Pan:  
-na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
[www.samarytanin.opole.pl](http://www.samarytanin.opole.pl) / [samarytanin@samarytanin.opole.pl](mailto:samarytanin@samarytanin.opole.pl)

- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych<sup>1</sup>;
- 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<sup>2</sup>;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- i) 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. b i c RODO.

## **XX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE.**

Zapytanie ofertowe, w tym niniejsza IDW, będzie stanowić integralną część umowy podpisanej z Wykonawcą wybranym w wyniku niniejszego postępowania.

## **XXI. ZAŁĄCZNIKI.**

1. Formularz ofertowy

- Załącznik Nr 1.

<sup>1</sup> skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z Wytocznymi oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.

<sup>2</sup>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.



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

Załącznik Nr 1 do IDW

.....  
pieczętka Wykonawcy

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego

Nr 9 B/RPOP.08.01.00-16-0053/16-01/2019

Zamawiający:

Cezary Juda Ośrodek Medyczny „SAMARYTANIN”

ul. K. Pużaka 11

45-272 Opole

## FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczący wykonywania usług w ramach zadania pn.: „Świadczenie usług opieki pielęgniarstwa na rzecz pacjentów zakwalifikowanych do Projektu pn.: *Mobilna opieka nad osobami starszymi w ramach integracyjnej opieki domowej*”

Dane Wykonawcy:

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Nazwa Wykonawcy/<br>Imię i Nazwisko |  |
| Województwo                         |  |
| Kod pocztowy                        |  |
| Miejscowość                         |  |
| Ulica                               |  |
| Nr domu, nr lokalu                  |  |
| NIP                                 |  |
| REGON                               |  |
| e-mail do kontaktu                  |  |
| Telefon do kontaktu                 |  |

1. W związku z postępowaniem dla zadania pn.: „Świadczenie usług opieki pielęgniarstwa na rzecz pacjentów zakwalifikowanych do Projektu pn.: *Mobilna opieka nad osobami starszymi w ramach integracyjnej opieki domowej*” składam ofertę o następującej treści:





Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

Oferuję wykonanie zamówienia w zakresie objętym Zapytaniem ofertowym **w cenie brutto**:

a) pielęgniarz/pielęgniarka I

✓ ..... zł brutto za 1 wizytę u uczestnika Projektu

(słownie: ..... ),

✓ ..... zł brutto łącznie za wszystkie wizyty (szacunkowo za 840 wizyt – liczba wizyt uśredniona),

(słownie: ..... ),

Posiadam wykształcenie- ukończony kierunek studiów: .....

- rok ukończenia studiów: .....

- instytucja kształcąca: .....

Posiadam prawo wykonywaniu zawodu:

- numer prawa wykonywania zawodu: .....

- data uzyskania prawa wykonywania zawodu: .....

b) Pielęgniarka/pielęgniarka II

✓ ..... zł brutto za 1 wizytę u uczestnika Projektu

(słownie: ..... ),

✓ ..... zł brutto łącznie za wszystkie wizyty (szacunkowo za 840 wizyt – liczba wizyt uśredniona),

(słownie: ..... ),

Posiadam wykształcenie- ukończony kierunek studiów: .....

- rok ukończenia studiów: .....

- instytucja kształcąca: .....

Posiadam prawo wykonywaniu zawodu:





Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

- numer prawa wykonywania zawodu: .....

- data uzyskania prawa wykonywania zawodu: .....

c) pielęgniarka/pielęgniarsz III

✓ ..... zł brutto za 1 wizytę u uczestnika Projektu

(słownie: ..... ),

✓ ..... zł brutto łącznie za wszystkie wizyty (szacunkowo za 840 wizyt – liczba wizyt uśredniona),

(słownie: ..... ),

Posiadam wykształcenie- ukończony kierunek studiów: .....

- rok ukończenia studiów: .....

- instytucja kształcąca: .....

Posiadam prawo wykonywaniu zawodu:

- numer prawa wykonywania zawodu: .....

- data uzyskania prawa wykonywania zawodu: .....

d) pielęgniarka/pielęgniarsz IV

✓ ..... zł brutto za 1 wizytę u uczestnika Projektu

(słownie: ..... ),

✓ ..... zł brutto łącznie za wszystkie wizyty (szacunkowo za 840 wizyt – liczba wizyt uśredniona),

(słownie: ..... ),

Posiadam wykształcenie- ukończony kierunek studiów: .....

- rok ukończenia studiów: .....

- instytucja kształcąca: .....



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

Posiadam prawo wykonywania zawodu:

- numer prawa wykonywania zawodu: .....

- data uzyskania prawa wykonywania zawodu: .....

e) pielęgniarka/pielęgniarz V

✓ ..... zł brutto za 1 wizytę u uczestnika Projektu

(słownie: ..... ),

✓ ..... zł brutto łącznie za wszystkie wizyty (szacunkowo za 840 wizyt – liczba wizyt uśredniona) ,

(słownie: ..... ),

Posiadam wykształcenie- ukończony kierunek studiów: .....

- rok ukończenia studiów: .....

- instytucja kształcąca: .....

Posiadam prawo wykonywania zawodu:

- numer prawa wykonywania zawodu: .....

- data uzyskania prawa wykonywania zawodu: .....

f) pielęgniarka/pielęgniarz VI

✓ ..... zł brutto za 1 wizytę u uczestnika Projektu

(słownie: ..... ),

✓ ..... zł brutto łącznie za wszystkie wizyty (szacunkowo za 840 wizyt – liczba wizyt uśredniona) ,

(słownie: ..... ),

Posiadam wykształcenie- ukończony kierunek studiów: .....

- rok ukończenia studiów: .....





Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

- instytucja kształcąca: .....

Posiadam prawo wykonywania zawodu:

- numer prawa wykonywania zawodu: .....

- data uzyskania prawa wykonywania zawodu: .....

g) pielęgniarka/pielęgniarz VII

✓ ..... zł brutto za 1 wizytę u uczestnika Projektu

(słownie: ..... ),

✓ ..... zł brutto łącznie za wszystkie wizyty (szacunkowo za 840 wizyt – liczba wizyt uśredniona) ,

(słownie: ..... ),

Posiadam wykształcenie- ukończony kierunek studiów: .....

- rok ukończenia studiów: .....

- instytucja kształcąca: .....

Posiadam prawo wykonywania zawodu:

- numer prawa wykonywania zawodu: .....

- data uzyskania prawa wykonywania zawodu: .....

h) pielęgniarka/pielęgniarz VIII

✓ ..... zł brutto za 1 wizytę u uczestnika Projektu

(słownie: ..... ),

✓ ..... zł brutto łącznie za wszystkie wizyty (szacunkowo za 840 wizyt – liczba wizyt uśredniona) ,

(słownie: ..... ),



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

Posiadam wykształcenie- ukończony kierunek studiów: .....

- rok ukończenia studiów: .....

- instytucja kształcąca: .....

Posiadam prawo wykonywania zawodu:

- numer prawa wykonywania zawodu: .....

- data uzyskania prawa wykonywania zawodu: .....

i) pielęgniarka/pielęgniarz IX

✓ ..... zł brutto za 1 wizytę u uczestnika Projektu

(słownie: ..... ),

✓ ..... zł brutto łącznie za wszystkie wizyty (szacunkowo za 840 wizyt – liczba wizyt uśredniona) ,

(słownie: ..... ),

Posiadam wykształcenie- ukończony kierunek studiów: .....

- rok ukończenia studiów: .....

- instytucja kształcąca: .....

Posiadam prawo wykonywania zawodu:

- numer prawa wykonywania zawodu: .....

- data uzyskania prawa wykonywania zawodu: .....

j) pielęgniarka/pielęgniarz X

✓ ..... zł brutto za 1 wizytę u uczestnika Projektu

(słownie: ..... ),

✓ ..... zł brutto łącznie za wszystkie wizyty (szacunkowo za 840 wizyt – liczba wizyt uśredniona) ,



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

(słownie: .....),

Posiadam wykształcenie- ukończony kierunek studiów: .....

- rok ukończenia studiów: .....

- instytucja kształcąca: .....

Posiadam prawo wykonywania zawodu:

- numer prawa wykonywania zawodu: .....

- data uzyskania prawa wykonywania zawodu: .....

2. Zobowiązuję się do wykonania przedmiotu umowy w terminie **określonym w pkt. IV.2 Instrukcji dla Wykonawców (Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego)**.
3. Oświadczam, że:
  - jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym,
  - posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia,
  - posiadam niezbędne kwalifikacje zawodowe, wiedzę i doświadczenie lub dysponuję pracownikami zdolnymi do wykonania zamówienia,
4. Oświadczam, że zapoznałem się z Zapytaniem ofertowym i zobowiązuję się do stosowania i ścisłego przestrzegania warunków w nim określonych.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem zamówienia i jego opisem (w tym w szczególności z Opiszem Przedmiotu Zamówienia, stanowiącym Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego) oraz warunkami przystąpienia do udziału w postępowaniu przetargowym i nie wnoszę do niego zastrzeżeń, a także zdobyłem konieczne informacje do przygotowania oferty.
6. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w Zapytaniu ofertowym (**30 dni**).
7. Oświadczam, że Wzór Umowy (Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego) został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w nich warunkach, w terminie do 14 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wyborze mojej oferty od Zamawiającego.



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

8. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>3</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.<sup>4</sup>

Załącznikami do niniejszego Formularza ofertowego są :

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

(należy wymienić nazwy wszystkich załączników)

.....

data sporządzenia oferty

.....

podpis i pieczęć Wykonawcy

<sup>3</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).

<sup>4</sup> 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).