

ESENDER_LOGIN:	ENOTICES
CUSTOMER_LOGIN:	109Szpital
NO_DOC_EXT:	2023-165962
SOFTWARE_VERSION:	13.2.0
ORGANISATION:	ENOTICES
COUNTRY:	EU
PHONE:	/
E_MAIL:	przetargi@109szpital.pl

LANGUAGE:	PL
CATEGORY:	ORIG
FORM:	F02
VERSION:	R2.0.9.S05
DATE_EXPECTED_PUBLICATION:	/

## Ogłoszenie o zamówieniu

### Usługi

#### Podstawa prawna:

Dyrektywa 2014/24/UE

#### **Sekcja I: Instytucja zamawiająca**

##### I.1) **Nazwa i adresy**

Oficjalna nazwa: 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ

Adres pocztowy: ul. Piotra Skargi 9 -11

Miejscowość: Szczecin

Kod NUTS: PL424 Miasto Szczecin

Kod pocztowy: 70-965

Państwo: Polska

Osoba do kontaktów: mgr Izabela Bobik

E-mail: [przetargi@109szpital.pl](mailto:przetargi@109szpital.pl)

Tel.: +48 918105982

Faks: +48 918105982

##### **Adresy internetowe:**

Główny adres: [www.109szpital.pl](http://www.109szpital.pl)

Adres profilu nabywcy: <https://platformazakupowa.pl/pn/109szpital>

##### I.3) **Komunikacja**

Nieograniczony, pełny i bezpośredni dostęp do dokumentów zamówienia można uzyskać bezpłatnie pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/pn/109szpital>

Więcej informacji można uzyskać pod adresem podanym powyżej

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać drogą elektroniczną za pośrednictwem: <https://platformazakupowa.pl/pn/109szpital>

##### I.4) **Rodzaj instytucji zamawiającej**

Inny rodzaj: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

##### I.5) **Główny przedmiot działalności**

Zdrowie

#### **Sekcja II: Przedmiot**

##### II.1) **Wielkość lub zakres zamówienia**

###### II.1.1) **Nazwa:**

Usługa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, mienia, ryzyk komunikacyjnych oraz grupowego ubezpieczenia na życie pracowników 109 Szpitala Wojskowego

Numer referencyjny: RPoZP 26/2023

###### II.1.2) **Główny kod CPV**

66510000 Usługi ubezpieczeniowe

###### II.1.3) **Rodzaj zamówienia**

Usługi

###### II.1.4) **Krótki opis:**

Przedmiotem zamówienia jest usługa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, mienia, ryzyk komunikacyjnych oraz grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków rodzin z podziałem na 4 pakiety.

Pakiet I : Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk , Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk ;

Pakiet II : Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą , Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia ;

Pakiet III : Ubezpieczenie obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych , ubezpieczenia Auto-Casco , Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków kierowcy i pasażerów , ubezpieczenie assistance ;

Pakiet IV : Ubezpieczenie grupowe na życie pracowników oraz członków rodzin

II.1.5) **Szacunkowa całkowita wartość**

II.1.6) **Informacje o częściach**

To zamówienie podzielone jest na części: tak  
Oferty można składać w odniesieniu do wszystkich części

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet I  
Część nr: 1

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

66515000 Usługi ubezpieczenia od uszkodzenia lub utraty  
66515400 Usługi ubezpieczenia od skutków żywiołów

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL424 Miasto Szczecin  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ  
ul. Piotra Skargi 9-11  
70-965 Szczecin

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet I : Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk , Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk ;

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia przedstawiony jest w załączniku nr 1 do SWZ.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Kryterium jakości - Nazwa: Klauzule fakultatywne / Waga: 20  
Cena - Waga: 80

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 24  
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

- II.2.11) **Informacje o opcjach**  
Opcje: nie
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**  
Realizacja przedmiotu zamówienia w okresie : Pakiet I od 01.01.2024 do 31.12.2025 r. – 24 miesiące ( w podziale na dwa dwunastomiesięczne okresy polisowe )
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
Pakiet II  
Część nr: 2
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
66516000 Usługi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej  
66516400 Usługi ubezpieczenia od ogólnej odpowiedzialności cywilnej
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL424 Miasto Szczecin  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ  
ul. Piotra Skargi 9-11  
70-965 Szczecin
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
Pakiet II : Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą , Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia;  
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia przedstawiony jest w załączniku nr 2 do SWZ.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej  
Kryterium jakości - Nazwa: Klauzule fakultatywne / Waga: 20  
Cena - Waga: 80
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**  
Okres w miesiącach: 24  
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**  
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**  
Opcje: nie
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**  
Realizacja przedmiotu zamówienia w okresie : Pakiet II od 01.01.2024 do 31.12.2025 r. – 24 miesiące ( w podziale na dwa dwunastomiesięczne okresy polisowe )

**II.2) Opis****II.2.1) Nazwa:**

Pakiet III  
Część nr: 3

**II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV**

66516100 Usługi ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od odpowiedzialności cywilnej  
66514110 Usługi ubezpieczeń pojazdów mechanicznych  
66512100 Usługi ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków

**II.2.3) Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL424 Miasto Szczecin  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ  
ul. Piotra Skargi 9-11  
70-965 Szczecin

**II.2.4) Opis zamówienia:**

Pakiet III : Ubezpieczenie obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczenia Auto-Casco, Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków kierowcy i pasażerów, ubezpieczenie assistance ;  
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia przedstawiony jest w załączniku nr 3 i 3A do SWZ

**II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Kryterium jakości - Nazwa: Klauzule fakultatywne / Waga: 20  
Cena - Waga: 80

**II.2.6) Szacunkowa wartość****II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 24  
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

**II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

**II.2.11) Informacje o opcjach**

Opcje: nie

**II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

**II.2.14) Informacje dodatkowe**

Pakiet III – dwa okresy rozliczeniowe liczone indywidualnie dla danego pojazdu i ryzyka . Okres udzielenia ochrony ubezpieczeniowej (wykonania zamówienia ) został wskazany w załączniku nr 3A

**II.2) Opis****II.2.1) Nazwa:**

Pakiet IV  
Część nr: 4

**II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV**

66511000 Usługi ubezpieczeń na życie  
66512100 Usługi ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków

- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL424 Miasto Szczecin  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ  
ul. Piotra Skargi 9-11  
70-965 Szczecin
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
Pakiet IV : Ubezpieczenie grupowe na życie pracowników oraz członków rodzin .  
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia przedstawiony jest w załączniku nr 4, 18 do SWZ.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej  
Kryterium jakości - Nazwa: Warunki ubezpieczenia - klauzule dodatkowe / Waga: 15  
Kryterium jakości - Nazwa: Warunki ubezpieczenia - dodatkowa suma ubezpieczenia / Waga: 80  
Cena - Waga: 5
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**  
Okres w miesiącach: 24  
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**  
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**  
Opcje: nie
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**  
Pakiet IV od 01.03.2024 do 29.02.2026 r. – 24 miesiące

### **Sekcja III: Informacje o charakterze prawnym, ekonomicznym, finansowym i technicznym**

- III.1) **Warunki udziału**
- III.1.1) **Zdolność do prowadzenia działalności zawodowej, w tym wymogi związane z wpisem do rejestru zawodowego lub handlowego**  
Wykaz i krótki opis warunków:  
Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeżeli wykonawca wykaże, że posiada Zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich grup ryzyk objętych przedmiotem zamówienia, o których mowa w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2020 r. ze zm.) . W przypadku gdy Wykonawca rozpoczął działalność przed wejściem w życie Ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 59,poz. 344 ze zm. ) zaświadczenie wydane przez Ministra Finansów o posiadaniu zgody na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej
- III.2) **Warunki dotyczące zamówienia**
- III.2.1) **Informacje dotyczące określonego zawodu**  
Świadczenie usługi zastrzeżone jest dla określonego zawodu  
Odniesienie do odpowiednich przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych:  
Zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich grup ryzyk objętych przedmiotem zamówienia, o których mowa w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2020 r. ze zm.) . W przypadku gdy Wykonawca rozpoczął

działalność przed wejściem w życie Ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 59, poz. 344 ze zm. ) zaświadczenie wydane przez Ministra Finansów o posiadaniu zgody na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej.

**III.2.2) Warunki realizacji umowy:**

Warunki realizacji umowy określają projektowane postanowienia umowy, będące załącznikami nr 13, 14, 15, 16 do SWZ

**Sekcja IV: Procedura**

**IV.1) Opis**

**IV.1.1) Rodzaj procedury**

Procedura otwarta

**IV.1.3) Informacje na temat umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

**IV.1.8) Informacje na temat Porozumienia w sprawie zamówień rządowych (GPA)**

Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych: nie

**IV.2) Informacje administracyjne**

**IV.2.2) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału**

Data: 22/11/2023

Czas lokalny: 10:00

**IV.2.3) Szacunkowa data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału wybranym kandydatom**

**IV.2.4) Języki, w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału:**

Polski

**IV.2.6) Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą**

Oferta musi zachować ważność do: 19/02/2024

**IV.2.7) Warunki otwarcia ofert**

Data: 22/11/2023

Czas lokalny: 10:30

Miejsce:

<https://platformazakupowa.pl/pn/109szpital>

**Sekcja VI: Informacje uzupełniające**

**VI.1) Informacje o powtarzającym się charakterze zamówienia**

Jest to zamówienie o charakterze powtarzającym się: nie

**VI.2) Informacje na temat procesów elektronicznych**

Akceptowane będą faktury elektroniczne

**VI.3) Informacje dodatkowe:**

1. Do oferty będącej załącznikiem nr 5, 6, 7, 8 do SWZ należy dołączyć dokumenty w postaci elektronicznej:

1) Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu, spełnianiu warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, w zakresie wskazanym przez Zamawiającego złożone na formularzu jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia – załącznik nr 9 do SWZ;

2) Oświadczenie składane na podstawie art. 125 ust. 1 i 5 uwzględniające regulacje „sankcyjne” – załącznik nr 10 do SWZ;

3) W przypadku dokonywania czynności związanych ze złożeniem wymaganych dokumentów przez osobę nie wymienioną w dokumencie rejestracyjnym Wykonawcy do oferty dołączyć należy stosowne pełnomocnictwo w formie oryginału dokumentu elektronicznego podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

Pełnomocnictwo powinno być opatrzone datą wystawienia, określać termin jego obowiązywania i zakres umocowania. Elektroniczna kopia pełnomocnictwa nie może być uwierzytelniona przez upoważnionego.  
2. W przypadku wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia – dotyczy to także spółki cywilnej:

- wykonawcy są zobowiązani do ustanowienia pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego;
- oświadczenia z pkt. 1) i 2) składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Dokumenty te potwierdzają spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw do wykluczenia w zakresie, w którym każdy z Wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw do wykluczenia;
- w przypadku złożenia oferty wspólnej Zamawiający może żądać umowy konsorcjum, zawierającą, co najmniej:
  - zobowiązanie do realizacji wspólnego przedsięwzięcia gospodarczego obejmującego swoim zakresem realizację przedmiotu zamówienia,
  - określenie zakresu działania poszczególnych stron umowy,
  - czas obowiązywania umowy, który nie może być krótszy, niż okres obejmujący realizację zamówienia.

#### VI.4) **Procedury odwoławcze**

##### VI.4.1) **Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa: Krajowa Izba Odwoławcza

Adres pocztowy: ul. Postępu 17a

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Państwo: Polska

E-mail: [odwolania@uzp.gov.pl](mailto:odwolania@uzp.gov.pl)

Tel.: +48 224587801

Faks: +48 224587800

Adres internetowy: <http://www.uzp.gov.pl>

##### VI.4.3) **Składanie odwołań**

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

Zgodnie z działem IX ustawy Pzp.

##### VI.4.4) **Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań**

Oficjalna nazwa: Urząd Zamówień Publicznych

Adres pocztowy: ul. Postępu 17a

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Państwo: Polska

E-mail: [uzp@uzp.gov.pl](mailto:uzp@uzp.gov.pl)

Tel.: +48 224587701

Faks: +48 224587700

Adres internetowy: <http://www.uzp.gov.pl>

##### VI.5) **Data wysłania niniejszego ogłoszenia:**

16/10/2023