***Załącznik nr 1***

***Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia***

Przedmiotem zamówienia jest wykonanie usługi czyszczenia i dezynfekcji instalacji wentylacyjnej  
i klimatyzacyjnej w oddziałach szpitalnych wraz z dostawą i wymianą filtrów absolutnych HEPA dla ZZOZ w Wadowicach w Patomorfologii, Centralnej Sterylizatorni, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Bloku Operacyjnego oraz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz instalacji w budynku Pawilonu E.

Usługa obejmuje:

1. Inspekcję TV z nagraniem na nośnik cyfrowy - przed i po czyszczeniu,

2. Czyszczenie kanałów na łącznej długości ok. 3 km (w tym Pawilon E ok. 2 km),

3. Kompleksowe czyszczenie central:

Kłimor: MCKHo - 1 szt.

Klimor: MCKH4 - 1 szt.

VBW: BS-i(50)-P-4 - 3 szt.

Szafa klimatyzacyjna Weiss Klimatechnik: Mediclean 65.2 DXD -1 szt Szafa klimatyzacyjna Weiss Klimatechnik: Mediclean 35.2 DXD - 1 szt AW-Klima KWHC 8000ZA - 1 szt.

Centrala nawiewna podwieszana typu KW 01B3 nr 16595/2011-1 szt.

AW-Klima KWHC 2000ZA - 1 szt,

Clima Produkt Sp. z 0.0. Hygienios -G-031-1-L-K -1 szt, central Pawilonu E firmy Klimor S.A.:

* centrala ATT (wydatek 1500 m3/h)
* centrala BRT (wydatek 2700 m3/h)
* centrala NEO (wydatek 3100 m3/h)
* centrala ORA (wydatek 3200 m3/h)
* centrala REH (wydatek 2300 m3/h)
* centrala SZA SA3 (wydatek 1800 m3/h)
* centrala TCi (wydatek 1150 m3/h)
* centrala TC2 (wydatek 900 m3/h)
* centrala KRi-N (wydatek 8125 m3/h)
* centrala KRi-W (wydatek 3325 m3/h)
* centrala KR2-N (wydatek 4740 m3/h)
* centrala KR2-W (wydatek 2340 m3/h)
* centrala PKi-N (wydatek 1500 m3/h)
* centrala PK2-N (wydatek 4200 m3/h)
* centrala SAi-W (wydatek 5950 m3/h)
* centrala SA2-W (wydatek 6150 m3/h)
* centrala ZMi-W (wydatek 1300 m3/h)

4. Czyszczenie anemostatów i kratek,

5. Czyszczenie przepustnic i ich ponowną regulację,

6. Dezynfekcję całego systemu,

7. Wymianę filtrów absolutnych HEPA13:

Blokoperacyjny:

* 305x610x292 - 3 szt. /sala nr 2/ min. przepustowość: 2400 m3/h
* 305x610x292 - 3 szt. /sala nr 3/ min. przepustowość: 2400 m3/h
* 535x535x78 - 4 szt. /sala wybudzeń/ min. przepustowość: 550 m3/h
* 610x610x78 - 1 szt. /magazyn materiałów sterylnych/ przepustowość: 400 m3/h
* 610x610x78 - 1 szt. /pokój opisu zabiegów/ min. przepustowość: 400 m3/h
* 610x610x78 - 2 szt. /korytarz/ min. przepustowość: 400 m3/h

Szpitalny Oddział Ratunkowy:

* 535x535x78 - 4 szt. /sala resuscytacyjno - zabiegowa/ min. przepustowość: 325 m3/h
* 610x610x78 - 3 szt. /sala krótkotrwałego IOM/ min. przepustowość: 550 m3/h
* 610x610x78 - 3 szt. /sala obserwacyjna 1.40/ min. przepustowość: 550 m3/h
* 610x610x78 - 2 szt. /sala zabiegów ambulatoryjnych 1.44/ min. przepustowość: 500 m3/h
* 610x610x78 - 1 szt. /boks gipsowy 1.45/ min. przepustowość: 500 1113/h

Centralna Sterylizacja:

* 535X535X78 - 5 szt. /magazyn/ min. przepustowość: 600 m3/h

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

* 405x405x78 - 2 szt. /izolatka/ min. przepustowość: 1050 m3/h
* 570x570x78 - 2 szt. /sala mała OAilT/ min. przepustowość: 1050 m3/h
* 570x570x78 - 8 szt. /sala duża OAilT/ min. przepustowość: 1050 m3/h

Oddział Wewnętrzny ( Pawilon E):

* 535x535x78 - 3 szt. /sala opieki pooperacyjnej 1.40/ min. przepustowość: 1130 m3/h opór przepływu: 250 Pa

Oddział Położnictwa i Oddział Noworoków i Wcześniaków ( Pawilon E):

* 435x435x78 - 1 szt. /mycie lekarzy 2.13/ min. przepustowość: 7201113/h opór przepływu: 250 Pa
* 202x457x80 - 2 szt. /sala cięć cesarskich 2.14/ typ FA13/50 (opór przepływu ok. 250 Pa), ramki metalowe min. przepustowość: 250 m3/h
* 762x457x80 - 4 szt. /sala cięć cesarskich 2.14/ typ FA 13/50 (opór przepływu ok. 250 Pa), ramki metalowe min. przepustowość: 940 m3/h
* 345x345x78 - 1 szt. /magazyn materiałów sterylnych 2.15/ min. przepustowość: 340 m3/h

opór przepływu: 250 Pa

435x435x78 - 1 szt. /przygotowanie pacjentki 2.16/ min. przepustowość: 720 m3/h

opór przepływu: 250 Pa

8. Czyszczenie i dezynfekcję stropów laminarnych,

9. Sporządzenie świadectwa potwierdzającego wykonanie i skuteczność czyszczenia i dezynfekcji instalacji.

10. Warunki zamówienia:

1. Termin wykonania usługi: max. 7 tygodni od dnia podpisania umowy.
2. 12. Wykonanie usługi:
   1. 12.1 od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00 - Centralna Sterylizatornia, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Patomorfologia, Pawilon E.

12.2 w piątek od godziny 15:00 do 19:00 i w sobotę od godziny 8:00 do 18:00 - Blok Operacyjny.

* 1. 13. Dokładny termin wykonania usługi należy uzgodnić telefonicznie z Kierownikiem Działu  
     Technicznego z 3 - dniowym wyprzedzeniem.

1. 14.Termin płatności: 60 dni od daty wystawienia faktury VAT; w formie przelewu.

Niespełnienie jakiegokolwiek warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

**Załącznik nr 2**

................................................. ,

(pieczęć Wykonawcy)

**Wykaz wykonanych usług**

**(wzór)**

*Przystępując do zapytania ofertowego na wykonanie usługi czyszczenia i dezynfekcji instalacji wentylacyjnej i klimatyzacyjnej w oddziałach szpitalnych*

*wraz z dostawą i wymianą filtrów absolutnych HEPA dla ZZOZ w Wadowicach*

Imię/Nazwisko/Firma Wykonawcy ......................................................................................................

Adres Wykonawcy ..................................................................................................................................

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

oświadczam/y, że reprezentowana przez nas firma realizowała w okresie trzech lat przed wszczęciem zapytania ofertowego następujące zamówienie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa realizowanego zadania, miejsce jego realizacji, zakres** | **Zleceniodawca nazwa i adres** | **Wartość**  **realizowanego zadania brutto [zł]** | **Okres realizacji** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**UWAGA!** Należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że w/w usługa została wykonana należycie.

W przypadku polegania na wiedzy i doświadczeniu innych podmiotów Wykonawca ma obowiązek udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia.

W przypadku polegania na wiedzy i doświadczeniu innych podmiotów Wykonawca w załączeniu powinien złożyć pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępniania zasobów niezbędnych do realizacji zamówienia na okres korzystania z nich przy wykonywaniu tego zamówienia.

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

*data i podpis(y) osób(y) upoważnionej(ych) do*

*reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 3**

................................................. ,

*(pieczęć Wykonawcy)*

**WYKAZ OSÓB**

**które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia**

**(wzór)**

*Przystępując do zapytania ofertowego na wykonanie usługi czyszczenia i dezynfekcji instalacji wentylacyjnej i klimatyzacyjnej w oddziałach szpitalnych*

*wraz z dostawą i wymianą filtrów absolutnych HEPA dla ZZOZ w Wadowicach*

Imię/Nazwisko/Firma Wykonawcy ..........................................................................................................

Adres Wykonawcy ....................................................................................................................................

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

Przedstawiam/y wykaz (min. 2) osób które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności przy realizacji zamówienia** | **Posiadane kwalifikacje zawodowe (uprawnienia: rodzaj i numer)** | **Forma dysponowania *\*niepotrzebne skreślić*** |
| 1. |  |  |  | Dysponowanie bezpośrednie/  dysponowanie pośrednie\* |
| 2. |  |  |  | Dysponowanie bezpośrednie/  dysponowanie pośrednie\* |

*Uwaga: w przypadku, gdy Wykonawca wykazuje spełnienie warunku polega na osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów w kolumnie „Forma dysponowania” zobowiązany jest udowodnić, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia.*

*............................................... , ............................................................ ,*

*(miejscowość, data) (osoba uprawniona do*

*reprezentowania Wykonawcy)*

**Załącznik nr 4**

*................................................. ,*

*(pieczęć Wykonawcy)*

**Formularz Ofertowy (wzór)**

Nazwa, adres Wykonawcy……………………….........................................................................................................

Regon: .................................................................... NIP: ................................................................................

Tel: .......................................................................... Fax: ................................................................................

Internet: ................................................................. e- mail: ............................................................................

Nazwa banku: …………………………………………………………………………………………………………….……..….…………….…...

Nr konta bankowego: ……………………………………………………………………..……………………….………………………..………

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy: .......................................................................................................

*(Imię i nazwisko, stanowisko)*

Osoba upoważniona do podpisania umowy:…………………………………………………………………..……………………….……

*(Imię i nazwisko, numer telefonu)*

Oferta cenowa (w PLN), znak: 24/RC/ZP/ZZOZ/2019

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa asortymentu | Cena netto | Wartość netto | % VAT | Wartość VAT | Wartość brutto |
| Usługa czyszczenia i dezynfekcji wentylacji mechanicznej i klimatyzacji |  |  |  |  |  |
| Dostawa i wymiana filtrów absolutnych HEPA |  |  |  |  |  |
| Razem | |  | X |  |  |

1. Wartość oferty netto:.............................. zł, brutto:.............................. zł (słownie brutto: ................................................................),
2. Termin wykonania usługi: ….. (max 7) tygodni od dnia zawarcia umowy.\*

*\*UWAGA! Brak ocenianego parametru nie dyskwalifikuje oferty –powoduje jedynie brak dodatkowych punktów.*

1. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
2. Oświadczam/y, że wykonanie usługi będzie się odbywać:

4.1. od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00 – Centralna Sterylizatornia, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Patomorfologia, Oddział Wewnętrzny (Pawilon E), oddział Położnictwa i Neonatologii (Pawilon E).

4.2. w piątek od godziny 15:00 do 19:00 i w sobotę od godziny 8:00 do 18:00 – Blok Operacyjny.

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu ofertowym i przyjmuję/emy je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam/y, że posiadam/y niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję/my potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
3. Posiadam/y uprawnienia i kwalifikacje do wykonania usługi objętej niniejszą umową.
4. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów finansowych.
5. Oświadczam/ y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/ emy się do dostarczenia przedmiotu zamówienia na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym wraz  
    z załączonym projektem umowy oraz w złożonej ofercie.
6. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:
   1. …………………………………………………..

10.2 ………………………………………………….

1. Oświadczam/y, że przewiduję/emy powierzenie podwykonawcom …………………………………………………….. (podać nazwę firmy podwykonawcy)
2. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:

12.1…………………………………………………..

12.2…………………………………………………..

13.Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia\*.

14. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym zapytaniu. (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 przekreślenie/wykreślenie).”

……………………………………. ………………………………………………..

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy