

Numer sprawy: 1/Z/2019

OGŁOSZENIE O PLANOWANYM ZAKUPIE

o wartości szacunkowej nie przekraczającej progu stosowania ustawy z dnia 22 czerwca 2016 roku Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 z p. zm.) określonego w art. 4 pkt. 8, numer sprawy 1/Z/2016, nazwa zadania: Utrzymanie czystości .

W związku z planowanym zakupem usługi utrzymania czystości na terenie SPZOZ Miejsko Gminnego Ośrodka Zdrowia w Sośnicowicach przy ulicy Gliwickiej 28 Zamawiający zaprasza do złożenia ofert .

III. Opis przedmiotu zamówienia:

Świadczenie usługi kompleksowego utrzymania czystości na SPZOZ Miejsko Gminnego Ośrodka Zdrowia w Sośnicowicach przy ulicy Gliwickiej 28 w okresie 36 miesięcy od podpisania

- Powierzchnia budynku przeznaczona do sprzątnia 675 m² w tym:

Rejestracje chorych powierzchnia 31,70 m²

Gabinety lekarskie 162,73 m²

Gabinety zabiegowe 63,20 m²

Laboratorium 32,20 m²

Pomieszczenia socjalne 8,64 m²

Pomieszczenia gospodarcze (magazynki, strych, piwnica) 105,22 m²

Pomieszczenia administracyjne 28,44 m²

Ciągi komunikacyjne 199,84 m²

Toalety 42,75 m²

1. Usługa obejmuje zakres :

- sprzątnia - związanego z utrzymaniem czystości pomieszczeń przychodni i sprzętu znajdującego się w nich, zgodnie z planem higieny.

- transportu – odpadów z koszy do wyznaczonych pojemników
- utrzymywania schodów z budynku /Wykonawca zapewnia sól i piasek/.
- transport brudnej i czystej bielizny

2. Do obowiązków Wykonawcy w trakcie trwania umowy należeć będzie również sprzątanie pomieszczeń po przeprowadzonych remontach i adaptacjach oraz dodatkowo w sytuacjach awaryjnych (awaria kanalizacji, dodatkowa dezynfekcja pomieszczeń w związku ze zmianą sytuacji epidemiologicznej).

3. Przedstawić do oferty ogólny plan higieny dostosowany do stref czystościowych , natomiast w ciągu pierwszego miesiąca świadczenia usługi opracować szczegółowe plany higieny uwzględniający specyfikę i harmonogram pracy poszczególnych pomieszczeń przychodni.

4. Pracownicy Wykonawcy są zobowiązani do zachowania tajemnicy na temat wszystkich zdarzeń w związku z wykonywaniem pracy w przychodni oraz do niezwłocznego oddania przedmiotów znalezionych w pomieszczeniach przychodni kierownikom komórek organizacyjnych.

5. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe przy wykonywaniu usługi przez pracowników Wykonawcy.

6. Wykonawca zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 (Dz.U. nr 182, poz. 10867) zobowiązany jest do zaszczepienia pracowników przeciwko WZW typu B zanim rozpoczną wykonywanie usługi. Stosowne zaświadczenia oraz aktualne książeczki zdrowia należy przedstawić Zamawiającemu .

7. Zapewnienie swoim pracownikom swoistego postępowania po ekspozycji potencjalnie infekcyjnym materiałem, mogącym przenosić zakażenia HIV, HBV, HCV.

8. Zamawiający zastrzega sobie prawo niedopuszczenia do wykonania usługi pracownika Wykonawcy z uwagi na jego stan fizyczny lub psychiczny uniemożliwiający wykonanie powierzonego zadania.

9. Wykonywać prace czystościowe w sposób nieuciążliwy – bezkolizyjny.

10. Przedstawić własny program segregacji odpadów / po wyborze oferty a przed podpisaniem umowy/

11. Zamawiający wymaga dołączenia do oferty dokumentów potwierdzających że środki dezynfekcyjne :

- zakwalifikowane do grupy produktów leczniczych posiadają:
- aktualną na dzień złożenia ofert decyzję MZ na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego
- zakończone pozytywnymi wynikami na wymagane spectrum i czas działania badania potwierdzone przez akredytowane laboratorium.

-Zakwalifikowane do grupy wyrobów medycznych posiadały:

- certyfikat CE
 - deklarację zgodności wystawioną przez wytwórcę wyrobu
 - dokument potwierdzający wpis/zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych lub stosowne wyjaśnienie
 - zakończone pozytywnymi wynikami na wymagane spectrum i czas działania badania potwierdzone przez akredytowane laboratorium
 - zakwalifikowane do grupy produktów biobójczych posiadały:
 - pozwolenie na wprowadzenie do stosowania i obrotu na terytorium RP zgodnie z obowiązującymi przepisami
 - zakończone pozytywnymi wynikami na wymagane spectrum i czas działania badania potwierdzone przez akredytowane laboratorium
 - zakwalifikowane do grupy kosmetyków posiadały:
 - dokument potwierdzający zgłoszenie do Krajowego Systemu Informowania o kosmetykach zgodnie z obowiązującą ustawą
 - Zamawiający wymaga aby do oferty dla każdego preparatu dołączona była:
 - aktualna karta charakterystyk preparatu i aktualna ulotka lub oświadczenie że przed podpisaniem umowy dokumenty te zostaną dopuszczone
12. Stosować bieżący monitoring usług / miesięczne karty pomieszczeń z datą , godziną i osobą wykonującą usługę / dla każdego pomieszczenia
 13. Wyposażyć pracowników w sprzęt niezbędny do prowadzenia usługi ,zgodny z własnym planem higieny oraz technologią sprzątnięcia w placówkach ochrony zdrowia
 14. Zapewnienie w ramach usługi:
 - środków czystościowych/ mydło anty bakteryjne w płynie , ręczniki jednorazowego użytku , papier toaletowy w zależności od rodzaju dozownika, worki niebieskie na odpady komunalne, worki czerwone i żółte na odpady medyczne, zielone na bieliznę, płyn do mycia naczyń/
 - środków myjąco - dezynfekcyjnych do mycia i dezynfekcji powierzchni (środki, które nie wymagają spłukiwania po zakończeniu procedury)
 15. Zapewnienie przy każdych drzwiach wejściowych wycieraczek obiektowych a w okresie jesienno-zimowym dodatkowo mat.
 16. Zapewnienia odzieży ochronnej (fartuchy, rękawiczki, maski, gogle itp.) do pracy szczególnie w izolatkach.
 17. W szczególnych przypadkach Zleceniobiorca zamiennie do zaoferowanych środków

dostarcza inne niż zwykle środki do mycia i dezynfekcji izolatek i innych pomieszczeń w zależności od rodzaju zagrożenia .

18. Przeprowadzenia w przypadku zabrudzenia substancjami organicznymi dezynfekcji średniego stopnia / B,F,Tbc ,V- osłonkowe i nieosłonkowe /preparatami dobrze penetrującym w obciążeniu białkiem,działającymi w czasie nie dłuższym niż 10-20 minut.
19. Wyznaczenie koordynatora na miejscu dla zapewnienia nadzoru nad swoimi pracownikami
20. Zapewnić estetyczny , wyróżniający się ubiór dla pracowników z identyfikatorami /kolor ubioru nie może pokrywać się z ubiorem personelu przychodni/.
21. Umożliwić wykonanie mikrobiologicznych prób czystościowych w określonych częściach przychodni przez przedstawicieli Zamawiającego oraz pokrycie kosztów tego badania.
22. Pokrycia mandatów i kar nakładanych przez organy kontrolne , wynikłych z nie przestrzegania odpowiednich zasad i procedur epidemiologicznych w trakcie wykonywania usługi przez Wykonawcę.
23. Poinformowania o wszelkich zmianach środków ujętych w planie higieny oraz zmianach personalnych /zmiany te mogą nastąpić po wzajemnych uzgodnieniach
24. Wykonania raz na 6 miesięcy gruntownego doczyszczenia powierzchni i położenia powłok akrylowych/polimerowych itp./, wysoko połyskowych, antypoślizgowych , odpornych na działanie środków dezynfekcyjnych, pierwsze doczyszczenie w pierwszym miesiącu umowy.
25. Składania protokołu jakości z wykonania usługi raz w miesiącu
26. Dodatkowe wymagania szczegółowe:
 - przy myciu korytarzy stosować zasadę mycia jednej połowy korytarza i umieszczać znak ostrzegawczy
 - mycie drzwi, żaluzji, okien, rolet i innych osłon okiennych mycie parapetów zewnętrznych nie rzadziej niż 1x na dwa tygodnie
 - zdejmowanie i zawieszanie zasłon, firan oraz żaluzji
 - utrzymanie w czystości mebli i sprzętu
 - mycie opraw oświetleniowych przy współpracy z elektrykiem udostępnionym przez Zamawiającego po uzgodnieniu terminów
 - współpraca z personelem medycznym, wykonywanie poleceń dotyczących zadań zgodnie z zakresem obowiązków
 - mycie dezynfekcyjne telefonów, klamek, powierzchni dotykowych drzwi i kontaktów
 - mycie komputerów w porozumieniu z osobami odpowiedzialnymi za nie (po ich wyłączeniu)

- każdorazowe mycie i dezynfekcja pojemników i wózków na odpady po ich opróżnieniu
- wywożenie odpadów komunalnych i medycznych na wyznaczone miejsce

Ze względu na to, że od kilkunastu lat usługa prowadzona jest przez firmy zewnętrzne

Zamawiający nie posiada informacji o ilości środków i materiałów koniecznych do

zabezpieczenia usługi Wykonawca te ilości opracowuje sam na podstawie planu higieny

Okres obowiązywania umowy od lutego 2019 roku

Cenę za zrealizowanie niniejszego zamówienia należy obliczyć zgodnie z Formularzem cenowym stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia.

Informuję, że zaproponowane ceny będą porównane z innymi ofertami. Z firmą, która przedstawi najkorzystniejszą ofertę zostanie podpisana umowa. Od decyzji zamawiającego nie przysługują środki odwoławcze.

Opis warunków udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków: opis warunków i sposobu oceniania

Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz załączeniem dokumentu potwierdzającego, że te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie minimum 3 usługi o charakterze tożsamym z niniejszym opisem oraz wartością mniejszą niż wartość złożonej oferty

Kryteria oceny ofert i ich znaczenie:

Nazwa kryterium - Cena	Waga – 100 pkt	ocena matematyczna
------------------------	----------------	--------------------

Miejsce i termin składania ofert:

Oferty należy składać do dnia: 2019-01-21 do godz.10:00

w siedzibie zamawiającego Miejsko-Gminnego Ośrodka Zdrowia w Sośnicowicach

ul. Gliwicka 28,

41-153 Sośnicowice

Pokój sekretariat

Wyniki zostaną podane na stronie internetowej www.srzzychodnososnoicowice.com.pl, oraz przekazane wykonawcom, którzy złożyli oferty w następujący sposób: sposób przekazania informacji.

Osobą do kontaktów w sprawie niniejszego zamówienia jest:
Pani Elżbieta Flis

Załączniki:

- Formularz ofertowy
- Oświadczenie o spełnieniu warunków
- Wykaz osób do kontaktów
- Wykaz wykonywanych usług


DYREKTOR
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU
OPIEKI ZDROWOTNEJ
MIEJSKO-GMINNEGO OŚRODKA ZDROWIA
w Sosnowicach

lek. med. Leszek Kubiak

Załącznik nr. 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa:

Siedziba:

Adres poczty elektronicznej:

Strona internetowa:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Numer REGON:

Numer NIP:

Dane dotyczące zamawiającego

SPZOZ Miejsko Gminny Ośrodek Zdrowia w Sośnicowicach

Gliwicka 28

44-153 Sośnicowice

Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na usługę " Utrzymania czystości" , oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami w opisie :

Cena ryczałtowa oferty na 12 miesięcy:

cena nettozł

(słownie:)

podatek VAT.....zł

cena bruttozł

(słownie:)

Oświadczam, że:

Wykonam zamówienie publiczne w terminie 12 miesięcy

Termin płatności:..... dni płatność miesięczną wynikająca z podzielenia kwoty łącznej na 12 miesięcy

Reklamacje będą załatwiane w terminie:..... dni

- sposób zgłaszania problemów w przypadku uzasadnionych reklamacji:

- załatwienie wykonania reklamacji:

Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami zamówienia, nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez czas wskazany w opisie warunków zamówienia.
4. Oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w opisie warunków zamówienia
5. Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie oraz w sposób zgodny z warunkami / wymaganiami organizacyjnymi określonymi w opisie warunków zamówienia oraz załącznikach do niej.

Dokumenty

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

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

Zastrzeżenie wykonawcy

Inne informacje wykonawcy:

.....
.....

Informacje na temat podwykonawców

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

.....
(data i czytelny podpis wykonawcy)

Załącznik nr.2

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Miejscowość

Data

Oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone szczegółowo w specyfikacji istotnych warunków zamawiającego, dotyczące w szczególności:

- 1) posiadania wiedzy i doświadczenia - wykaz wykonanych realizacji minimum 3 o wartości nie mniejszej niż wartość złożonej oferty
- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej

Na potwierdzenie spełnienia wyżej wymienionych warunków do oferty załączam wszelkie dokumenty i oświadczenia wskazane przez zamawiającego w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

.....

(data i czytelny podpis wykonawcy)

Załącznik Nr. 3

WYKAZ OSÓB DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Miejscowość Data

Należy wymienić osoby występujące po stronie wykonawcy:
do kontaktów z zamawiającym, odpowiedzialne za wykonanie umowy

Lp.	Imię i nazwisko	Zakres odpowiedzialności
-----	-----------------	--------------------------

1		
---	--	--

2		
---	--	--

3		
---	--	--

.....

(data i czytelny podpis wykonawcy)

Załącznik nr. 4

WYKAZ WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH USŁUG .

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Miejscowość

Data

Wykaz wykonanych lub wykonywanych, głównych usług , w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, opisu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane minimum 3 usługi, oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie wymagany jest w celu potwierdzenia, że wykonawca posiada niezbędną wiedzę oraz doświadczenie.

Lp.	Odbiorca	Data wykonania.	Przedmiot wykonanej usługi / dostawy	Wartość brutto
-----	----------	-----------------	--------------------------------------	----------------

1

2

3

Dowodami, o których mowa powyżej są poświadczenie, z tym że w odniesieniu do nadal wykonywanych usług okresowych lub ciągłych wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert lub oświadczenie wykonawcy - jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać poświadczenia.

W niniejszym postępowaniu dopuszczalne jest złożenie zamiast poświadczenia, o którym mowa powyżej, dokumentów potwierdzających należyte wykonanie usług .

Jeżeli dostawy lub usługi wykazane w wykazie zostały wykonane na rzecz Zamawiającego, którym jest SPZOZ Miejsko Gminny Ośrodek Zdrowia w Sośnicowicach, Wykonawca nie ma obowiązku przedkładania dowodów, o których mowa powyżej.

.....

(data i czytelny podpis wykonawcy)