

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik nr 2
do protokołu z posiedzenia komisji/ do Umowy

SZCZEGÓLNE WARUNKI KONKURSU OFERT

dotyczące realizacji zamówienia publicznego poniżej 130 000 zł netto
na usługę

„Wykonanie tablicy informacyjnej oraz tablicy pamiątkowej”

**Zamawiający zastrzega sobie prawo do: zmiany terminów, odwołania konkursu,
pozostawienia ofert bez rozstrzygnięcia oraz unieważnienia konkursu bez podania
przyczyny i uzasadnienia.**

I. Nazwa i adres Zamawiającego

**Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny
Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**
40-752 Katowice ul. Medyków 16
Regon 001415000; NIP 634-23-46-590
email do kontaktu: abrodowska@gczd.katowice.pl

Ogłoszenie o Konkursie Ofert zostało zamieszczone na stronie internetowej Zamawiającego:
www.gczd.katowice.pl

II. Określenie przedmiotu i zakresu zamówienia.

a. Tablica informacyjna (1szt)

- wymiar: 180cm x 140cm
- wykonana zgodnie z: Podręcznikiem wnioskodawcy i beneficjenta programów polityki spójności 2014-2020 w zakresie informacji i promocji - dla umów podpisanych od 1 stycznia 2018 r.
oraz
<https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/promocja/zasady-promocji-i-oznakowania-projektow-1>
- wzór zgodny z załącznikiem nr 3
- wykonana z dibondu min. 3mm, grafika w dowolnej technice, gwarantującej trwałość produktu przez min. 5 lat.
- wykonana z jednego kawałka materiału (niedopuszczalne jest wykonanie z dwóch lub większej ilości połączonych ze sobą kawałków)

| | |
|--|--|
|  | <p style="text-align: center;">Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46 www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833 REGON 001415000, NIP 634-23-46-590</p> |
|--|--|



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19
-Tablica zostanie umieszczona na zewnątrz budynku Szpitala, dla tego też musi
być odporna na warunki pogodowe.

b. Tablica pamiątkowa (1szt)

- wymiar: 120cm x 80cm
- wykonana zgodnie z: Podręcznikiem wnioskodawcy i beneficjenta programów polityki spójności 2014-2020 w zakresie informacji i promocji - dla umów podpisanych od 1 stycznia 2018 r. oraz <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/promocja/zasady-promocji-i-oznakowania-projektow-1>
- wzór zgodny z załącznikiem nr 3
- wykonana z materiału gwarantującego trwałość produktu przez min. 5 lat.
- wykonana z materiału: plexi bezbarwna min. 3mm, grafika od tyłu + folia biała od tyłu. min. 4 szt. otworów wraz z dystansami do samodzielnego montażu przez Zamawiającego.
- wykonana z jednego kawałka materiału (niedopuszczalne jest wykonanie z dwóch lub większej ilości połączonych ze sobą kawałków)
- Tablica zostanie umieszczona wewnątrz budynku Szpitala.

c. Dostawa do siedziby Zamawiającego

III. Termin wykonania zamówienia.

a. Tablica informacyjna

Dostawa 14 dni kalendarzowych od podpisania umowy

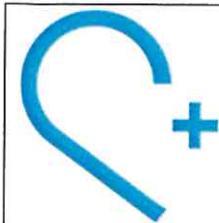
b. Tablica pamiątkowa

Dostawa 01.12.2023-15.12.2023r.

IV. Zamawiający przeznaczy na przedmiot zamówienia maksymalną kwotę 1230zł brutto.

V. Opis warunków udziału Wykonawców w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełnienia tych warunków.

1. Dostarczenie dokumentów zawartych w pkt. VI.
2. Ocena spełnienia warunków udziału w postępowaniu, nastąpi na podstawie złożonych przez Wykonawców dokumentów metodą warunku granicznego – spełnia lub nie spełnia.



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

VI. Informacje o oświadczeniach lub dokumentach, jakie mają dostarczyć Wykonawcy w celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu.

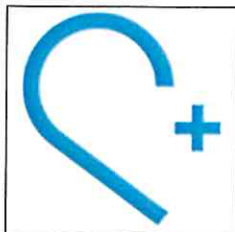
1. Wypełniony formularz Oferty- załącznik 1.
2. Zaakceptowany wzór umowy- załącznik 2.
(akceptacja wzoru oznacza jego zaparafowanie przez Wykonawcę).
3. Dokumenty potwierdzające uprawnienie osób podpisujących ofertę, o ile nie wynikają z przepisów prawa lub innych dokumentów rejestrowych (oryginał pełnomocnictwa).
4. Aktualny odpis właściwego rejestru lub zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej **wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy od terminu składania ofert.**
5. **Min. 2 referencje (protokół zdawczo- odbiorczy nie może być przedstawiony jako dokument zamienny) wykonania tablicy informacyjnej lub pamiątkowej, dotyczące realizacji projektów finansowanych z środków Budżetu Państwa lub Unii Europejskiej.**

VII. Informacja o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami.

1. Oświadczenia, zawiadomienia, wnioski i inne informacje oraz pytania kierowane do Zamawiającego przekazywane **z zachowaniem formy pisemnej i elektronicznej** należy kierować **na adres Zamawiającego** podany w pkt. I Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, **(za wyjątkiem oferty).**
2. Zamawiający wyznacza do bezpośredniego kontaktowania się z oferentami następującą osobę:
Dział Infrastruktury -Koordynator- Aleksandra Brodowska tel. 032 207 -15 -98

VIII. Opis przygotowania oferty.

1. Oferta i wszystkie wymagane dokumenty, winny być sporządzone w języku polskim oraz podpisane i opieczątowane (**pieczętką firmową i imienną**) przez osobę uprawnioną/osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy na zewnątrz – w sposób zapewniający ich czytelność.
2. Oferta winna być przygotowana na Formularzu Oferty stanowiącym załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert .
3. Wszystkie dokumenty Wykonawcy składają w formie oryginału lub kopii poświadczonej **za zgodność z oryginałem** przez Wykonawcę.
4. Poprawki w ofercie muszą być naniesione czytelnie i opatrzone podpisem osoby podpisującej ofertę.



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, Fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590



Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

5. Zamawiający nie dopuszcza składania elektronicznych kopii dokumentów.
6. **Wszystkie strony oferty powinny być opieczątowane, podpisane, ponumerowane i zszyte.**
7. Ofertę w formie oryginału należy złożyć w nieprzezroczystej kopercie, zamkniętej w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści oraz zabezpieczającej jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert.

Koperta winna być opisana następująco:

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. Medyków 16, 40-752 Katowice

Oferta na

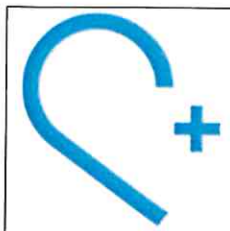
„Wykonanie tablicy informacyjnej oraz tablicy pamiątkowej”

nie otwierać przed 08.05.23 godz. 10⁰⁰

8. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i dostarczeniem oferty.
9. Wykonawców obowiązuje wykorzystanie załączonych wzorów dokumentów – załączników. Wszystkie pola i pozycje tych wzorów winny być wypełnione, a w szczególności muszą zawierać wszystkie wymagane informacje i dane oraz odpowiedzi na wszystkie pytania. Nie dopuszcza się składania alternatywnych, co do treści i formy dokumentów.
10. Cenę ofertową na realizację przedmiotu zamówienia należy przedstawić w Formularzu oferty stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
11. Cena oferty winna uwzględniać wszystkie zobowiązania Wykonawcy, musi być podana w złotych polskich cyfrowo i słownie, z wyodrębnieniem podatku VAT, do dwóch miejsc po przecinku.
12. Cena podana w ofercie powinna obejmować wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia oraz warunkami i wytycznymi stawianymi przez Zamawiającego.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

Handwritten signature in blue ink.



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590



Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

IX. Kryteria oceny ofert.

Przy wyborze oferty Zamawiający będzie się kierował kryterium:

- 100% cena

X. Miejsce i termin składania ofert.

Oferty należy składać do dnia: 08.05.2023r. do godz. 9³⁰
osobiście w siedzibie Zamawiającego w pokoju nr 2 – Kancelaria, lub za pośrednictwem
poczty/kuriera z zastrzeżeniem, że rozpatrywane będą wyłącznie oferty, które wpłyną do dnia:
08.05.2023r. do godz. 9³⁰ do Kancelarii Szpitala.

XI. Miejsce i termin otwarcia ofert: siedziba Zamawiającego

Oferty zostaną otwarte dnia: : 08.05.2023r. o godz. 10⁰⁰
W Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny
Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. Medyków 16,
40-752 Katowice, Dział Infrastruktury poziom 0, pokój 23

XII. Zasady i tryb wyboru najkorzystniejszej oferty.

Zamawiający uzna oferty za spełniające wymagania i przyjmie do szczegółowego
rozpatrywania, jeżeli:

1. oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w niniejszych Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
2. z liczby i treści złożonych dokumentów wynika, że Wykonawca spełnia warunki formalne,
3. złożone oświadczenia są aktualne i podpisane przez osoby uprawnione,
4. oferta została złożona w określonym przez Zamawiającego terminie.

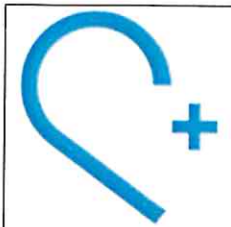
Wybór oferty zostanie dokonany w oparciu o przyjęte w niniejszym postępowaniu kryteria.

XIII. Zawiadomienie o wyborze oferty.

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający jednocześnie zawiadamia
wszystkich Wykonawców, którzy złożyli oferty o wynikach postępowania. Informacja ta
zostanie również umieszczona na stronie internetowej Zamawiającego: www.gczd.katowice.pl


Katarzyna Stepińska





Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

XIV. Postanowienia końcowe.

1. Jeżeli Zamawiający dokona wyboru oferty, umowa w sprawie realizacji zamówienia zostanie zawarta z Wykonawcą, który spełnia wszystkie postanowienia i wymagania zawarte w warunkach konkursu ofert.
2. Umowa w sprawie realizacji zamówienia zawarta zostanie z uwzględnieniem postanowień wynikających z treści niniejszego konkursu ofert oraz danych zawartych w ofercie.
3. Podpisanie umowy nastąpi w terminie do 7 dni od dnia otrzymania przez Oferenta zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty, wysłanego drogą elektroniczną.
4. Rozliczenia między Zamawiającym i Wykonawcą będą prowadzone w polskich złotych.
5. Zamawiający nie zwraca Oferentom dokumentów przedłożonych w ramach niniejszego Konkursu.
6. Oferta niespełniająca warunków wymaganych w SWKO zostanie odrzucona.
7. Oferentowi z tytułu odrzucenia oferty nie przysługują żadne roszczenia ani środki odwoławcze.
8. Zamawiający zastrzega sobie, że nie będzie udzielał Oferentom szczegółowych, innych niż ogólnie dostępne, informacji związanych z funkcjonowaniem i działalnością Zamawiającego.
9. Ogłoszenie o wyniku Konkursu zostanie zamieszczone na stronie internetowej Zamawiającego: <http://gczd.katowice.pl>.

XV. Załączniki do zapytania ofertowego

1. Formularz oferty – załącznik nr 1
2. Wzór umowy- załącznik nr 2
3. Projekt tablicy informacyjnej/ pamiątkowej- załącznik nr 3

DYREKTOR

Marian Kreis

26.04.2023r

KIEROWNIK
Działu Infrastruktury

mgr inż. Robert Szega

RADCA
WNI

KOORDYNATOR
Aleksandra Brodowska

Dział Infrastruktury

6

Kotog A