

.....  
( pieczęć zamawiającego )

### Zapytanie ofertowe

( niniejsze zapytanie ma formę rozeznania rynku i nie stanowi zapytania ofertowego  
w rozumieniu przepisów ustawy Pzp)

Zapraszam Państwa Firmę do złożenia oferty na poniżej opisany przedmiot zamówienia :

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa przeprowadzania badań lekarskich z zakresu medycyny pracy potwierdzonych stosownym orzeczeniem lekarskim dla pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach. ( ok. 35 pracowników ).
2. Badania lekarskie przeprowadzane będą na podstawie skierowania, które Zamawiający wyda indywidualnie pracownikowi.
3. Wykonawca jest zobowiązany do przeprowadzenia tylko niezbędnych ( podstawowych) badań, zgodnych z obowiązującymi przepisami w stosunku do danego zawodu/stanowiska pracy, chyba że lekarz stwierdzi celowość przeprowadzania badań rozszerzonych.
4. Do oferty Wykonawca dołączy cennik pozostałych badań nieujętych w formularzu ofertowym.
5. Usługi będą dokonywane na terenie miasta Świętochłowice.

#### **Wykaz badań w przedmiocie oferty:**

- a) Badania wstępne z wystawieniem orzeczenia
- b) Badania okresowe z wystawieniem orzeczenia
- c) Badania kontrolne z wystawieniem orzeczenia
- d) Badania okulistyczne
- e) Badania wysokościowe do 3m
- f) Badania wysokościowe pow. 3m
- g) Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych
- h) Aktualizacja książeczki zdrowia
- i) Badanie pracowników zatrudnionych na stanowisku kierowcy
- j) Badanie pracowników kierującym samochodem prywatnym do celów służbowych

Kody na podstawie wspólnego słownika zamówień CPV :

85121000-3

6. Termin realizacji zamówienia : od 01.01.2019 do 31.12.2019

7. Termin i miejsce składania ofert

Oferty należy składać w formie pisemnej w zamkniętej kopercie:

1. osobiście w siedzibie: Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach,
2. przesłać na adres: Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Katowicka 35,  
41-600 Świętochłowice,

z dopiskiem na kopercie : „ **Przeprowadzenie badania lekarskie dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach**”

lub na adres e-mail: [sekretariat@ops-sw.pl](mailto:sekretariat@ops-sw.pl) w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 14 grudnia 2018r. godz. 10:00**. Oferta powinna zawierać wypełniony formularz ofertowy stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego. Wszystkie strony winny być podpisane przez uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy.

Oferty otrzymane po terminie nie będą rozpatrywane.

Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

Zamawiający zastrzega sobie unieważnienie Zapytania Ofertowego, jeżeli cena najkorzystniejszej oferty lub oferta z najniższą ceną przekracza kwotę, która Zamawiający przeznaczył na sfinansowanie zamówienia.

Otwarcie ofert nie ma charakteru publicznego.

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

Zamawiający nie przewiduje publicznego otwarcia ofert.

8. Kryterium oceny ofert :

**Cena za badania lekarza medycyny pracy z wydaniem orzeczenia lekarskiego – 60 punktów obliczana wg wzoru:**

cena oferty najniższej (brutto)

X 60 pkt

cena oferty ocenianej (brutto)

**Cena za badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne (dodatkowe nieujęte w formularzu ofertowym)) – 40 punktów obliczane wg wzoru:**

cena oferty najniższej (brutto)

X 40 pkt

cena oferty ocenianej (brutto)

Zamawiający dokona wyboru Wykonawcy którego oferta uzyska najwięcej punktów obliczona jako suma punktów uzyskanych za poszczególne kryterium maksymalnie 100 punktów.

9. Istotne postanowienia, które zostaną zawarte w treści umowy : wzór umowy.

6. Umowa z wybranym Wykonawcą zostanie podpisana na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym oraz we wzorze umowy, w siedzibie Zamawiającego tj. Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Katowicka 35, 41-600 Świętochłowice.

7. Osoba uprawniona do kontaktów z Wykonawcami:

- Izabela Hyska – tel. (32) 2455- 104 w 43 - w zakresie procedury.

D Y R E K T O R  
Ośrodek Pomocy Społecznej  
w Świętochłowicach

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

podpis Kierownika Zamawiającego

*gler*