

Nr postępowania: 16-1/UCMMiT/NP/AW/2018

Gdynia, dnia 13.12.2018r.

Do zaproszonych Wykonawców

**WYJAŚNIENIE NR 1
ZWIĄZANE Z TREŚCIĄ ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

Tryb postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: zg z art. 4 ust 8 Prawa zamówień publicznych - do 30 000euro

- Zamawiającego wykreśla z Zapytania ofertowego wymóg określony w pkt III ust 1 dotyczący warunków udziału w postępowaniu, jakie zobowiązany jest spełnić wykonawca.
- Jednocześnie zmianie ulega pkt VIII. ust 1 - kryterium wyboru oferty. Kryterium zmienia się na następujące:
„1. Spośród nie odrzuconych ofert, Zamawiający wybierze jako ofertę najkorzystniejszą, złożoną przez wykonawcę spełniającego warunki udziału w postępowaniu określone w pkt. III., która uzyska najwyższą łączną ilość punktów wg niżej określonych kryteriów”:

L.P.	KRYTERIUM:	OPIS PRZYZNAWANIA PKT:	Waga kryterium %
1.	Cena brutto oferty	$C_n / C_b * waga * 90 =$ ilość pkt przyznana, gdzie: Cb – cena oferty badanej Cn – najniższa cena ofertowa	90
2	Doświadczenie w realizacji tego samego rodzaju usług w podmiotach opieki zdrowotnej (na podstawie oświadczenia – załącznik nr 6 do ZO)	$D_b / D_n * waga 10 =$ ilość pkt przyznana gdzie: Db – oznacza ilość zrealizowanych umów 12 –m-cznych-(doświadczenie oferty badanej), Dn- doświadczenie największe zaoferowane w niniejszym postępowaniu- największą ilość zrealizowanych umów 12 –m-cznych	10

- Zmianie ulega treść załącznika nr 6 do ZO.
- Pozostałe zapisy Zapytania ofertowego pozostają bez zmian.

Załącznik:

1.Załącznik nr 6 do ZO – po modyfikacji.

DYREKTOR SZPITALA

dr n. med. Anna Stoniewska

Kierownik Zamawiającego

Strona 1 z 1

UNIwersYTECKIE CENTRUM
MEDYCyny MORSKIEJ I TROPIKALNEJ
81-519 Gdynia, ul. Powstania Styczniowego 9b
tel. (058) 622 42 28, fax (058) 622 48 11
NIP 5862111467, REGON 142953946

tel. 58 622-42-28 faks 58 622-48-71

mail: dyrekcja@ucmmit.gdynia.pl www.ucmmit.gdynia.pl

NIP 586 211 14 67
REGON 142953946

.....
pieczęć firmowa wykonawcy – nazwa adres

miejsowość , data

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG

Oświadczamy, że reprezentowana przez nas firma zrealizowała w ciągu ostatnich 5 lat, niżej wymienione 12 miesięczne (ciągłe) usługi sprzątanania i dezynfekcji pomieszczeń w podmiotach leczniczych, oraz że nie rozwiązano z nami umowy z przyczyn leżących po naszej stronie.

L.p.	Przedmiot usługi	Odbiorca (dokładna nazwa i adres oraz tel. kontaktowy)	Okres wykonywania usług od dzień- miesiąc-rok do dzień- miesiąc-rok) – zleceniobiorca dokładnie określa jak długo kontrakt był wykonywany	Nr umowy zawartej w zakresie przedstawionych w kolumnie 2 usług	Tel. kont. do odbiorcy usług:	Wartość brutto umowy określonej w kolumnie nr 5
1	2	3	4	5		6
1.	Sprzątanie i dezynfekcja pomieszczeń podmiotu leczniczego					
2.	Sprzątanie i dezynfekcja pomieszczeń podmiotu leczniczego					
3.	Sprzątanie i dezynfekcja pomieszczeń podmiotu leczniczego					
4.	Sprzątanie i dezynfekcja pomieszczeń podmiotu leczniczego					

.....
data i czytelny podpis Wykonawcy
(imię i nazwisko)