Świnoujście, dnia 9 czerwca 2020 r.

Gmina Miasto Świnoujście

ul. Wojska Polskiego 1/5,

72-600 Świnoujście

Znak sprawy: WZP.8012.8.2020.KJ

**Strona Internetowa**

**Biuletynu Informacji Publicznej**

**Urzędu Miasta Świnoujście**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

1. Zamawiający:

Gmina Miasto Świnoujście ul. Wojska Polskiego 1/5, 72-600 Świnoujście

NIP 855 15 71 375, REGON: 811 684 290

www.swinoujscie.pl

(Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej)

2. Dane do kontaktu:

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Świnoujście tel. 91 327 85 86, mail: wzp@um.swinoujscie.pl

zaprasza do złożenia ofert na: usługę polegającą na stwierdzeniu zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym na terenie miasta Świnoujście.

3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia, w tym ewentualne kryteria oceny:

 Oferta skierowana jest do Wykonawców, którzy spełniają jeden z poniższych warunków:

a) posiadają status podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) i zapewniają całodobowy dyżur lekarza, który wykona czynności będące przedmiotem zamówienia

lub

b) posiadają prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie kraju, prowadzą działalność gospodarczą, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) oraz zapewnią całodobowe wykonywanie czynności będących przedmiotem zamówienia.

 Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na stwierdzeniu zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym w miejscach publicznych i niepublicznych na terenie miasta Świnoujście, w sytuacji gdy nie można ustalić lekarza leczącego zmarłego w jego ostatniej chorobie lub z uzasadnionych przyczyn nie będzie on mógł dokonać oględzin zwłok, a zgon nie został stwierdzony przez lekarza wezwanego do nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania.

Usługa będzie realizowana wyłącznie w granicach administracyjnych miasta Świnoujście, całodobowo, 7 dni w tygodniu, na podstawie wezwania funkcjonariusza Komendy Miejskiej Policji w Świnoujściu.

 Wykonawca zobowiąże się do przybycia na miejsce zdarzenia, w którym znajdują się zwłoki, w możliwie najszybszym czasie od momentu otrzymania zgłoszenia, nie później jednak niż w ciągu 3 godzin i w związku z tym, zapewni całodobową dostępność numeru telefonicznego.

 Kryterium oceny oferty stanowi cena za jednorazową usługę.

4. Data realizacji zamówienia: od dnia 1 lipca 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.

5. Okres gwarancji (jeżeli dotyczy): nie dot.

6. Miejsce i termin złożenia oferty: Stanowisko Obsługi Interesanta, Urząd Miasta Świnoujście, ul. Wojska Polskiego 1/5, 72-600 Świnoujście, do dnia 19 czerwca 2020 r.

7. Data otwarcia/rozpatrzenia ofert: 22 czerwca 2020 r.

8. Warunki płatności:

Kwota miesięcznego wynagrodzenia Wykonawcy stanowić będzie iloczyn jednorazowych usług i stawki wynagrodzenia, zgodnie z warunkami podpisanej umowy. Wynagrodzenie płatne przelewem na konto, w terminie do 14 dni od dnia wpływu faktury vat do Urzędu Miasta Świnoujście.

9. Sposób przygotowania oferty: ofertę należy sporządzić pisemnie w języku polskim na formularzu oferty (Załącznik do zapytania ofertowego).

 Joanna Ingielewicz

 Zastępca Naczelnika

 Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej

Sporządziła:

Katarzyna Jończyk

Załącznik do zapytania ofertowego

**OFERTA**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr WZP.8012.8.2020.KJ z dnia ……………………..…………… dotyczące (opisać przedmiot zamówienia, ew. dołączyć do

oferty): …..……………………………………………………………………………………...

 …………………………………………………………………………………………………...

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

cenę netto …………………… zł (słownie złotych: …………………......………………………

 …………………………………………………….....................................……………………)

podatek VAT ………………… zł (słownie złotych: ……………………...…………………….

 …………………………………………………………………………….................................)

cenę brutto …………………… zł (słownie złotych: ………………………...…………….........

 …...…….....................................………………………………………………………………).

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.

Nazwa wykonawcy: …….....……………………………………………………………………

Adres, tel., e-mail wykonawcy: ....………………………………………………………….......

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

Nr rachunku bankowego: ………………………………….....………………………………....

Termin realizacji zamówienia: ………………………………......……………………………...

Okres gwarancji (jeżeli dotyczy): ........…………………………………………………………

Potwierdzam termin realizacji zamówienia do dnia: …………………….........…………………

Miejscowość ………………………………, dnia ……………………………………

Podpis wykonawcy/osoby upoważnionej ...........………………………

 Pieczątka wykonawcy ………………………………