*Znak sprawy:* ***D27.2801.8.HB.2024******Gdańsk, 12.04****.2024*

***Zapytanie ofertowe***

1. *Pełna nazwa Zamawiającego: [siedziba (pieczęć Zamawiającego), Nazwa Komórki zamawiającej]*

|  |
| --- |
| ***COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.***  ***80-803 Gdańsk ul. Nowe Ogrody 1-6*** |

1. *Określenie przedmiotu zamówienia (zakres, wielkość)*

|  |
| --- |
| **Przedmiotem zamówienia jest szkolenie pracowników Spółki Copernicus z zakresu ochrony przeciwpożarowej, w tym:**   1. **Szkolenie z obsługi urządzeń gaśniczych i gaśnic (GP, GS, GSE).** 2. **Praktyczna obsługa podręcznego sprzętu gaśniczego przy użyciu trenażera gaśniczego.**   **Zakres przedmiotu zamówienia:**  **Szkolenie w systemie ciągłym w godz. 9.00 – 13.00 w jednym dniu szkoleniowym w następujących lokalizacjach:**   1. **Wojewódzkie Centrum Onkologii Gdańsk Al. Zwycięstwa 31/32 – 1 dzień szkoleniowy** 2. **Szpital św. Wojciecha Gdańsk Zaspa Al. Jana Pawła II 50 – 3 dni szkoleniowe** 3. **Szpital im. M. Kopernika Gdańsk ul. Nowe Ogrody 1-6 – 3 dni szkoleniowe** |

1. *Termin wykonania zamówienia:*

|  |
| --- |
| **Terminy wykonania szkoleń:**  **Czerwiec 2024 r.**  **Szczegółowe terminy szkoleń zostaną ustalone na podstawie odrębnych uzgodnień między zamawiającym a Wykonawcą.**  **Termin płatności: 30 dni od prawidłowo wystawionej faktury** (po realizacji zleceniaw danym miesiącu).  Podstawą wystawienia faktury będą sporządzone protokoły z wykonanych czynności podpisane również przez inspektora ochrony przeciwpożarowej Zamawiającego. |

1. *Kryteria oceny ofert:*

|  |
| --- |
| **Kryterium 1: Możliwości techniczne realizacji zakresu zamówienia**  **- „Spełnia – Nie spełnia”**  **Kryterium 2: Ubezpieczenie Wykonawcy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia**  **- „Spełnia – Nie spełnia”**  **Kryterium 3: Cena oferty 100 %** |

*5. Wymagania dotyczące ofert: [wskazanie jakie niezbędne informacje, oświadczenia, dokumenty winien zawrzeć w ofercie wykonawca]:*

|  |
| --- |
| **Wykonawca składa ofertę oraz następujące dokumenty:**   1. **Opis realizacji przedmiotu zamówienia.**   **Ocena spełnienia warunku dokonana zostanie zgodnie z formułą „Spełnia - Nie spełnia” na podstawie złożonych informacji.**   1. **Udokumentowanie opłaconej polisy ubezpieczeniowej, a w przypadku jej braku innego dokumentu potwierdzającego, że Wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.**   **Ocena spełnienia warunku dokonana zostanie zgodnie z formułą „Spełnia - Nie spełnia” na podstawie złożonych informacji.**   1. **Kalkulację cenową.** |

1. *Miejsce i termin składania ofert:*

|  |
| --- |
| 1. **Pisemnie na adres: COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**   **80-803 Gdańsk ul. Nowe Ogrody 1-6**  **lub**   1. **E-mail:** [**hbuchholz@copernicus.gda.pl**](mailto:hbuchholz@copernicus.gda.pl)   **Termin składania ofert: 30.04.2024 r.**  W imieniu Zamawiającego osobą upoważnioną do nadzoru wykonania usługi jest Inspektor ochrony ppoż. Henryk Buchholz **tel. 608 432 217** |