Ogłoszenie nr 510218159-N-2020 z dnia 04-11-2020 r.

**109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ: Usługa transportu sanitarnego oraz osobowego dla 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie

OGŁOSZENIE O UDZIELENIU ZAMÓWIENIA - Usługi**

**Zamieszczanie ogłoszenia:**

obowiązkowe

**Ogłoszenie dotyczy:**

zamówienia publicznego

**Zamówienie dotyczy projektu lub programu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej**

nie

**Zamówienie było przedmiotem ogłoszenia w Biuletynie Zamówień Publicznych:**

tak
Numer ogłoszenia: 588112-N-2020

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia zostało zamieszczone w Biuletynie Zamówień Publicznych:**

nie

**SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY**

**I. 1) NAZWA I ADRES:**

109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ, Krajowy numer identyfikacyjny 81020096000000, ul. ul. Piotra Skargi  9-11, 70-965  Szczecin, woj. zachodniopomorskie, państwo Polska, tel. 91 8105800, e-mail przetargi@109szpital.pl, przetargi2@109szpital.pl , faks 91 8105802.
Adres strony internetowej (url): www.109szpital.pl
Adres profilu nabywcy: https://platformazakupowa.pl/pn/109szpital

**I.2) RODZAJ ZAMAWIAJĄCEGO:**

Inny: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**II.1) Nazwa nadana zamówieniu przez zamawiającego:**

Usługa transportu sanitarnego oraz osobowego dla 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie

**Numer referencyjny***(jeżeli dotyczy):*

RPoZP 30A/2020

**II.2) Rodzaj zamówienia:**

Usługi

**II.3) Krótki opis przedmiotu zamówienia***(wielkość, zakres, rodzaj i ilość dostaw, usług lub robót budowlanych lub określenie zapotrzebowania i wymagań )* **a w przypadku partnerstwa innowacyjnego - określenie zapotrzebowania na innowacyjny produkt, usługę lub roboty budowlane:**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego oraz osobowego dla 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ z podziałem na 4 zadania o wartości szacunkowej poniżej kwot określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust 8. Zadanie nr 1 – transport sanitarny pacjentów Szpitala pojazdem sanitarnym z zespołem podstawowym; zadanie nr 2 – transport sanitarny pacjentów Szpitala pojazdem sanitarnym typu „S”; zadanie nr 3 – transport sanitarny pacjentów Przychodni w podstawowej opiece zdrowotnej; zadanie nr 4 – przewóz osobowy pracowników 109 Szpitala, oraz materiałów medycznych. W zakresie zadania nr 1 – 3 W ramach przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia gotowości do świadczenia usług: - całodobowo we wszystkie dni tygodnia, także w dni wolne od pracy i święta zgodnie ze zleceniem wykonania usługi (dotyczy zadania nr 1 i 2) - od poniedziałku do piątku od 8:00 do 18:00 (dotyczy zadania nr 3) Wykonawca zapewnić ma środki transportu odpowiednio przystosowane do potrzeb ochrony zdrowia, zgodnie z obowiązującymi w tym względzie przepisami i zapewnić, że pojazdy sanitarne obsługiwane będą przez kierowców oraz innych pracowników Wykonawcy, posiadających odpowiednie kwalifikacje. Wykonawca na czas trwania umowy zapewni bezpośrednią łączność między nim a Zamawiającym. Wykonawca zobowiązany jest przez cały okres trwania umowy do posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za powstałe szkody w trakcie transportu i od nieszczęśliwych wypadków (OC i NW) w zakresie świadczenia usług przewozowych pacjentów. Kopię polisy ubezpieczenia potwierdzoną za zgodność notarialnie lub potwierdzoną przez osobę upoważnioną do reprezentacji Wykonawcy, Wykonawca przedstawi Zamawiającemu przed zawarciem niniejszej umowy a kopię następnej polisy potwierdzonej za zgodność notarialnie najpóźniej na 7 dni przed wygaśnięciem poprzedniej polisy pod rygorem odstąpienia przez Zamawiającego od zawarcia umowy bądź dalszego jej kontynuowania. Realizacja przedmiotu umowy odbywać się będzie wyłącznie na podstawie zlecenia, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do wzoru umowy, po wcześniejszym zgłoszeniu telefonicznie przez upoważnione przez Zamawiającego osoby, wyszczególnione w zał. nr 3 do umowy. Rejestry zleceń znajdują się w Izbie Przyjęć Szpitala oraz w rejestracji Przychodni. Dokument zlecenia transportu podpisany jest ze strony Zamawiającego przez lekarza zlecającego wyjazd i Komendanta lub jego zastępcę. W dni powszednie po godz. 15:00 oraz soboty, niedziele i święta zlecenie wystawia lekarz dyżurny. Druki zlecenia zapewnia Zamawiający. Zlecenie telefoniczne transportu każdorazowo musi być potwierdzone przez Zamawiajacego w formie pisemnej. Z chwilą przyjęcia do realizacji przez Wykonawcę zlecenia transportu do czasu dotarcia do miejsca docelowego, Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za wykonanie usługi. Wykonawca wyraża zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełniania wymagań, co do realizacji przedmiotu umowy. W zakresie zadania nr 4 W ramach przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia gotowości do świadczenia usług: - całodobowo we wszystkie dni tygodnia, także w dni wolne od pracy i święta zgodnie ze zleceniem wykonania usługi. Podane w załączniku nr 1 do SIWZ ilości usług oraz kilometrów są wielkościami szacunkowymi, ich rzeczywista ilość może ulec zmianie w zależności do zapotrzebowania Zamawiającego.

**II.4) Informacja o częściach zamówienia:**
**Zamówienie było podzielone na części:**

tak

**II.5) Główny Kod CPV:** 60130000-8

**SEKCJA III: PROCEDURA**

**III.1) TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**

Przetarg nieograniczony

**III.2) Ogłoszenie dotyczy zakończenia dynamicznego systemu zakupów**

nie

**III.3) Informacje dodatkowe:**

**SEKCJA IV: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ NR:**1   **NAZWA:**transport sanitarny pacjentów Szpitala pojazdem sanitarnym z zespołem podstawowym |
|  |
| **IV.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:**20/10/2020**IV.2) Całkowita wartość zamówienia****Wartość bez VAT** 406960.00**Waluta** PLN**IV.3) INFORMACJE O OFERTACH**Liczba otrzymanych ofert:  2w tym:liczba otrzymanych ofert od małych i średnich przedsiębiorstw:  2liczba otrzymanych ofert od wykonawców z innych państw członkowskich Unii Europejskiej:  0liczba otrzymanych ofert od wykonawców z państw niebędących członkami Unii Europejskiej:  0liczba ofert otrzymanych drogą elektroniczną:  2**IV.4) LICZBA ODRZUCONYCH OFERT:**0**IV.5) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**Zamówienie zostało udzielone wykonawcom wspólnie ubiegającym się o udzielenie:nieNazwa wykonawcy: PARAMEDIC 24 Sp. z o.o.Email wykonawcy: paramedic24@wp.plAdres pocztowy: ul. Gen. J. Hallera 11Kod pocztowy: 71-040Miejscowość: SzczecinKraj/woj.: zachodniopomorskieWykonawca jest małym/średnim przedsiębiorcą:takWykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej:nieWykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej:nie**IV.6) INFORMACJA O CENIE WYBRANEJ OFERTY/ WARTOŚCI ZAWARTEJ UMOWY ORAZ O OFERTACH Z NAJNIŻSZĄ I NAJWYŻSZĄ CENĄ/KOSZTEM****Cena wybranej oferty/wartość umowy**441840.00Oferta z najniższą ceną/kosztem 441840.00Oferta z najwyższą ceną/kosztem 968800.00Waluta: PLN**IV.7) Informacje na temat podwykonawstwa**Wykonawca przewiduje powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcy/podwykonawcomnieWartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom:**IV.8) Informacje dodatkowe:** |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ NR:**2   **NAZWA:**transport sanitarny pacjentów Szpitala pojazdem sanitarnym typu „S” |
| Postępowanie / część zostało unieważnionetakNależy podać podstawę i przyczynę unieważnienia postępowania:unieważnione na podstawie art. 93 ust. 1 pkt 1 ustawy Pzp – do upływu terminu składania ofert na powyższe zadania nie złożono żadnej oferty niepodlegającej odrzuceniu |
|  |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ NR:**3   **NAZWA:**transport sanitarny pacjentów Przychodni w podstawowej opiece zdrowotnej |
|  |
| **IV.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:**20/10/2020**IV.2) Całkowita wartość zamówienia****Wartość bez VAT** 32360.00**Waluta** PLN**IV.3) INFORMACJE O OFERTACH**Liczba otrzymanych ofert:  2w tym:liczba otrzymanych ofert od małych i średnich przedsiębiorstw:  2liczba otrzymanych ofert od wykonawców z innych państw członkowskich Unii Europejskiej:  0liczba otrzymanych ofert od wykonawców z państw niebędących członkami Unii Europejskiej:  0liczba ofert otrzymanych drogą elektroniczną:  2**IV.4) LICZBA ODRZUCONYCH OFERT:**0**IV.5) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**Zamówienie zostało udzielone wykonawcom wspólnie ubiegającym się o udzielenie:nieNazwa wykonawcy: PARAMEDIC 24 Sp. z o.o.Email wykonawcy: paramedic24@wp.plAdres pocztowy: ul. Gen. J. Hallera 11Kod pocztowy: 71-040Miejscowość: SzczecinKraj/woj.:Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorcą:takWykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej:nieWykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej:nie**IV.6) INFORMACJA O CENIE WYBRANEJ OFERTY/ WARTOŚCI ZAWARTEJ UMOWY ORAZ O OFERTACH Z NAJNIŻSZĄ I NAJWYŻSZĄ CENĄ/KOSZTEM****Cena wybranej oferty/wartość umowy**35160.00Oferta z najniższą ceną/kosztem 35160.00Oferta z najwyższą ceną/kosztem 55850.00Waluta: PLN**IV.7) Informacje na temat podwykonawstwa**Wykonawca przewiduje powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcy/podwykonawcomnieWartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom:**IV.8) Informacje dodatkowe:** |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ NR:**4   **NAZWA:**przewóz osobowy pracowników 109 Szpitala, oraz materiałów medycznych |
| Postępowanie / część zostało unieważnionetakNależy podać podstawę i przyczynę unieważnienia postępowania:unieważnione na podstawie art. 93 ust. 1 pkt 1 ustawy Pzp – do upływu terminu składania ofert na powyższe zadania nie złożono żadnej oferty niepodlegającej odrzuceniu |
|  |

**IV.9) UZASADNIENIE UDZIELENIA ZAMÓWIENIA W TRYBIE NEGOCJACJI BEZ OGŁOSZENIA, ZAMÓWIENIA Z WOLNEJ RĘKI ALBO ZAPYTANIA O CENĘ**

**IV.9.1) Podstawa prawna**

Postępowanie prowadzone jest w trybie   na podstawie art.  ustawy Pzp.

**IV.9.2) Uzasadnienie wyboru trybu**

Należy podać uzasadnienie faktyczne i prawne wyboru trybu oraz wyjaśnić, dlaczego udzielenie zamówienia jest zgodne z przepisami.