Nr pisma: Z/DZP/239/2021 Warszawa, dnia 08.11.2021 r.

**Zamawiający:**

**Samodzielny Wojewódzki Zespół**

**Publicznych Zakładów Psychiatrycznej**

**Opieki Zdrowotnej w Warszawie**

**ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa**

**INFORMACJA DLA WYKONAWCÓW**

**Dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.) na realizację zadania pod nazwą: „Wykonywanie czynności porządkowych i pomocniczych będących w związku z usługami medycznymi w Oddziałach Szpitala Nowowiejskiego” , nr sprawy 11/DZP/2021**

Zamawiający informuje, że w terminie określonym zgodnie z art. 284 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.) – dalej: ustawa Pzp, wykonawca zwrócił się do zamawiającego z wnioskiem o wyjaśnienie treści SWZ.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 284 ust. 2 ustawy Pzp, zamawiający udziela następujących wyjaśnień:

**Pytanie 1:**

Prosimy Zamawiającego o potwierdzenie, że udział w wizji lokalnej, o której mowa w rozdziale V SWZ jest obligatoryjnym wymogiem udziału w postępowaniu, dzięki któremu Wykonawca nie będzie miał możliwości nie podpisania umowy ze względu na brak zapoznania się z przedmiotem zamówienia i jego realizacją. W związku z powyższym wnosimy o potwierdzenie, że wyznaczona przez Zamawiającego wizja **na 08.11.2021 r. godz. 12:00** , o której mowa w rozdziale V SWZ jest jedynym terminem wizji lokalnej, podczas której Wykonawcy będą mogli zapoznać się z obiektem. Dodatkowo prosimy o wprowadzenie wymogu załączenia pisemnego poświadczenia udziału w wizji, które trzeba będzie złożyć wraz z ofertą. Poniżej załączamy przykładowe oświadczenie:

**OŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZENIU WIZJI LOKALNEJ**

**Nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………………………**

**Adres Wykonawcy …………………………………………………………………………………….**

**Miejscowość ……………………………………..**

**Data ……………………………………………………**

**Oświadczam, że w dniu ………………………………………. dokonałam/łem wizji lokalnej i zapoznałam/łem**

**się z zakresem prac koniecznych do wykonania oraz czynnikami cenotwórczymi związanymi**

**z zamówieniem, celem uwzględnienia ich w realizacji zamówienia pod nazwą: ……………..………………**

**Potwierdzam odbycie wizji lokalnej przez przedstawiciela w/w firmy.**

**Odpowiedź:**

**Zamawiający nie wyraża zgody na zmianę zapisów SWZ ww. zakresie .**

**p.o. Dyrektor**

**Cezary Kostrzewa**

Sprawę prowadzi:

Marta Bachańska

ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa, pok. G103

tel./fax (022) 11 65 359,

e-mail: m.bachanska@szpitalnowowiejski.pl