 **Ośrodek Pomocy Społecznej   
 Dzielnicy Praga-Południe m.st. Warszawy**  
 ul. Wiatraczna 11, 04-366 Warszawa  
 tel. 22 277 33 00, 22 277 33 01  
 email: [sekretariat@ops-pragapoludnie.pl](mailto:sekretariat@ops-pragapoludnie.pl)  
 www.ops-pragapoludnie.pl

Warszawa, 6 listopada 2024 r.

**Znak sprawy:** OPS.BHP.26.02.2024.EK

OPS.BHP.26.02.2024.EK

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Dotyczące świadczenia usług medycznych z zakresu Medycyny Pracy**

**ZAMAWIAJĄCY**

Miasto Stołeczne Warszawa - Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Praga – Południe   
m.st. Warszawy, ul. Wiatraczna 11, 04-366 Warszawa.

**I.TRYB UDZIELANIA ZAMÓWIENIA:**

Niniejsze zapytanie prowadzone jest w oparciu o art. 2 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych ( Dz. U. z 2024 r., poz. 1320 z późn. zm)

**II. OZNACZENIA KODÓW CPV**

Oznaczenie przedmiotu zamówienia wg kodów Wspólnego Słownika Zamówień CPV:

85147000-1 Usługi zdrowotne świadczone dla firm

**III.SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usługi wykonania badań profilaktycznych określonych w art. 229 § 1,2 Kodeksu pracy dla około 70 osób ze 162 pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Praga-Południe m.st Warszawy.

Istotne elementy zamówienia:

1. czas trwania umowy od 01.01.2025 r. do 31.12.2025 r.
2. badania profilaktyczne wymagane przez Kodeks pracy, wykonywane przez lekarza uprawionego: wstępne, okresowe, kontrolne,
3. wystawianie zaświadczeń lekarskich,
4. niezmienność cen przez czas trwania umowy,
5. Poradnia Lekarska powinna znajdować się na terenie Pragi - Południe
6. Gwarancja wykonania badań w terminie 3 dni robocze od chwili zgłoszenia się pracownika.

Zakres badań obejmujących zamówienie:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania |
|  | Badanie lekarza medycyny pracy – wstępne, okresowe, kontrolne |
|  | Badanie sanitarne – badanie kału do celów sanitarno-epidemiologicznych |
|  | Badanie sanitarne – wydanie orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych |
|  | Badanie komputerowe wad wzroku zgodnie z pkt 3 część V załącznika nr 1 Rozp. MZiOS z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy |
|  | Badanie komputerowe wad wzroku zgodnie z pkt 11 część V załącznika nr 1 Rozp. MZiOS z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy |
|  | Hematologia – OB. |
|  | ALT |
|  | AST |
|  | Glukoza |
|  | HIV |
|  | HCV przeciwciała |
|  | HBC przeciwciała |
|  | Lipidogram |
|  | Morfologia |
|  | EKG spoczynkowe |
|  | RTG klatki piersiowej |
|  | Mocz badanie ogólne |
|  | Psychotechnika dla kierowców |

**IV. WYMAGANIA WOBEC WYKONAWCY:**

1. Wykonawca posiada odpowiednie uprawnienia i doświadczenie ( realizacja min. 3 podobnych usług) w zakresie zadań medycyny pracy.
2. Wykonawca dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
3. Wyboru najkorzystniejszej oferty dokona zespół powołany do wyłonienia wykonawcy , w oparciu o przesłane dokumenty.

**V. KRYTERIA WYBORU OFERTY:**

Maksymalnie Wykonawca może uzyskać 100 punktów. Zamawiający dokona wyboru Wykonawcy, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w niniejszym zapytaniu i została oceniona jako najkorzystniejsza tj. uzyskała największą łączną liczbę punktów w oparciu o podane kryteria wyboru.

1. Pierwszym kryterium oceny ofert będzie cena brutto całej usługi. Kryterium oceniane będzie na podstawie informacji zawartych w **Załączniku nr 1.** ibędzie wyliczana według wzoru – waga 70% (70 pkt.):

*cena najniższej oferty*

x - liczba punktów uzyskanych w kryterium cena = ------------------------------------------- x100 pkt. x 70 %

*cena oferty ocenianej*

Maksymalna liczba punktów do uzyskania przez Wykonawcę w kryterium cena wynosi 70 pkt.

1. Drugim kryterium oceny ofert jest – Doświadczenie (**D)**:

Zamawiający przyzna punkty:

1. W przypadku udokumentowania doświadczenia w organizacji 8 i więcej usług dla firm w zakresie medycyny pracy w ciągu ostatnich 3 lat - 30 punktów.
2. W przypadku udokumentowania doświadczenia w organizacji co najmniej 5 usług dla firm w zakresie medycyny pracy w ciągu ostatnich 3 lat - 20 punktów.
3. W przypadku udokumentowania doświadczenia w organizacji co najmniej 3 usług dla firm w zakresie medycyny pracy w ciągu ostatnich 3 lat - 10 punktów.
4. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta spełni warunki określone   
   w zapytaniu ofertowym oraz uzyska największą liczbę punktów obliczoną wg. poniższego wzoru:

**P = C + D**

Gdzie:

**C-** punkty uzyskane w kryterium „Cena oferty brutto”

**D** – punkty uzyskane w kryterium „Doświadczenie”

**P –** łączna liczba punktów we wszystkich kryteriach ocenianych na podstawie informacji zawartych w **Załączniku nr 1.**

**VI. SKŁADANIE OFERT**

1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.

2. Wykonawcy występujący wspólnie ustanawiają pełnomocnika (lidera) do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo do reprezentowania w postępowaniu i do zawarcia umowy.

3. Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia zobowiązani są załączyć do oferty pełnomocnictwo, z którego wynikać będzie umocowanie do reprezentowania wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.

1. Wymagane dokumenty:
2. Oferta wraz z podanymi danymi Oferenta oraz cenę brutto i netto poszczególnej usługi (wykaz w załączniku nr 1-oferta) oraz w przeliczeniu na jednego pracownika.
3. Wykonawca zobowiązany jest skalkulować cenę oferty tak, aby zawierała wszystkie czynniki związane z prawidłową i terminową realizacją zamówienia i obejmowała wszystkie koszty, jakie poniesione będą przy realizacji zamówienia (w tym koszty zatrudnienia zgodnie z przepisami prawa) oraz wszystkie inne koszty związane z wykonaniem umowy przez Wykonawcę).
4. Wszelkie rozliczenia pomiędzy Zamawiającym, a Wykonawcą odbywać się będą w złotych polskich. Zapłata za realizację przedmiotu zamówienia nastąpi przelewem w ciągu 21 dni od dnia złożenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury/rachunku na konto wskazane przez Wykonawcę.
5. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
6. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych
7. Osoby po stronie Zamawiającego uprawnione do kontaktowania się z oferentami:
8. Osobą uprawnioną do udzielania wyjaśnień dot. zapytania ofertowego jest Emilia Krasnosielska tel. 22 277 3405, e-mail: [e.krasnosielska@ops-pragapoludnie.pl](mailto:e.krasnosielska@ops-pragapoludnie.pl)
9. Oferent może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienia dot. zapytania ofertowego w godzinach pracy tj. wtorek – środa w godz. 8.00 – 16.00 oraz piątek w godz. 8-12.
10. Miejsce i termin składania ofert:

Ofertę należy złożyć drogą elektroniczna wysyłając dokumenty na adres e-mail:

[zamowieniapubliczne@ops-pragapoludnie.pl](mailto:zamowieniapubliczne@ops-pragapoludnie.pl) w **terminie do dnia 19.11.2024 r. do godz. 16:00**

Temat maila oferty powinien zawierać opis:

**Odpowiedź na zapytanie ofertowe Nr** OPS.BHP.26.02.2024.EK

**VII. INFORMACJE DODATKOWE**

1. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Zamawiającego do zawarcia umowy. Wybór oferty zostanie dokonany zgodnie z przedstawionymi kryteriami oceny ofert.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od podpisania umowy w przypadku niezaakceptowania przez Wykonawcę treści umowy.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny lub do zamknięcia postępowania bez wyboru ofert/oferty.
4. Do upływu terminu składania ofert Zamawiający zastrzega sobie prawo zmiany treści niniejszego zapytania ofertowego. Stosowne zmiany zostaną upublicznione w sposób w jaki odbyło się ogłoszenie niniejszego zapytania.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania od Oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
6. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem, kalkulacją i złożeniem oferty.
7. Zamawiający zastrzega sobie możliwość podjęcia negocjacji z Oferentem/Oferentami wyłonionym/wyłonionymi w wyniku zapytania ofertowego w przypadku, gdy złożona oferta przekroczy dostępną alokację na realizację powyższego zamówienia.
8. Zamawiający odrzuci ofertę, jeżeli jej treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.

**VIII.KLAUZULA INFORMACYJNA:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia   
27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Praga Południe m.st. Warszawyz siedzibą w Warszawie, ul. Wiatraczna 11, 04-366 Warszawa.
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Praga Południe   
   m.st. Warszawy, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się  z Inspektorem Ochrony Danych za pomocą adresu iod@opspragapoludnie.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO   
   w celu związanym z postępowaniem w sprawie zamówienia publicznego;
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres niezbędny do realizacji celów związanych z postępowaniem o udzielenie zamówienia, a po tym czasie przez okres oraz   
   w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa;
6. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest związany z udziałem w sprawie udzielenia zamówienia publicznego;
7. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane   
   w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
8. Posiada Pani/Pan:

* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

1. Nie przysługuje Pani/Panu:

* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

**Załączniki:**

Formularz cenowo – ofertowy wraz z oświadczeniami:

- Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w zapytaniu ofertowym;

- Oświadczenie dotyczące podanych informacji;

- Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu;

- Oświadczenie Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych

przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO;

Zatwierdził/a

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego z dnia ……………2024 r.

………………………………………………….. (pieczęć/dane Wykonawcy)\*

\* W przypadków firm oraz osób prowadzących działalność gospodarczą podanie danych: Nazwa Wykonawcy, NIP, REGON, tel. adres e-mail)

**FORMULARZ CENOWO-OFERTOWY**

**Zamawiający:**

Miasto Stołeczne Warszawa - Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Praga – Południe m.st. Warszawy

Adres: ul. Wiatraczna 11, 04-366 Warszawa

Tel.: 22 277 33 00

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia ……………………………………….. prowadzone w oparciu o art. 2 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych ( Dz. U. z 2024r., poz. 1320, z późn. zm) dotyczące świadczenia usług w zakresie medycyny pracy

Ja/My niżej podpisany/i :

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

Działając w imieniu i na rzecz :

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

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia wg poniższego wykazu usług zwany dalej „cennikiem usług”:

Zakres badań obejmujących zamówienie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Cena netto | Cena brutto |
|  | Badanie lekarza medycyny pracy – wstępne, okresowe, kontrolne |  |  |
|  | Badanie sanitarne – badanie kału do celów sanitarno-epidemiologicznych |  |  |
|  | Badanie sanitarne – wydanie orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych |  |  |
|  | Badanie komputerowe wad wzroku zgodnie z pkt 3 część V załącznika nr 1 Rozp. MZiOS z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy |  |  |
|  | Badanie komputerowe wad wzroku zgodnie z pkt 11 część V załącznika nr 1 Rozp. MZiOS z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy |  |  |
|  | Hematologia – OB. |  |  |
|  | ALT |  |  |
|  | AST |  |  |
|  | Glukoza |  |  |
|  | HIV |  |  |
|  | HCV przeciwciała |  |  |
|  | HBC przeciwciała |  |  |
|  | Lipidogram |  |  |
|  | Morfologia |  |  |
|  | EKG spoczynkowe |  |  |
|  | RTG klatki piersiowej |  |  |
|  | Mocz badanie ogólne |  |  |
|  | Psychotechnika dla kierowców |  |  |

2. Oświadczam/y, że posiadamy następujące doświadczenie w realizacji podobnych usług:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu na rzecz, którego wykonano usługę** | **Do kogo skierowana była usługa / nazwa i przedmiot usługi** | **Szczegóły usługi (np. liczba osób;)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Oświadczam/y, że posiadamy następujące doświadczenie w realizacji podobnych usług:

Oświadczam/y, iż uważam/y się za związanych niniejsza ofertą przez okres 30 dni licząc   
od daty wyznaczonej na składanie ofert.

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę/simy żadnych zastrzeżeń.

............................ , dn. ..............2024 r. …………......................................................

*Miejscowość podpis i pieczątka imienna upełnomocnionego*

*przedstawiciela (przedstawicieli) Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W ZAPYTANIU OFERTOWYM**

Składający składają ofertę dotyczącą usługi z zakresu medycyny pracy, oświadczam/y, iż spełniam/y warunki udziału w postępowaniu dotyczące:

* posiadania uprawnień do wykonywania działalności lub czynności wymaganych   
  do realizacji niniejszego zamówienia,
* posiadania wiedzy i doświadczenia w zakresie określonym niniejszym postępowaniem,
* dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi   
  do wykonywania zamówienia,
* sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej w pełni zabezpieczyć prawidłową   
  i terminową realizację zamówienia.

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

*podpis i pieczątka imienna upełnomocnionego*

*przedstawiciela (przedstawicieli) Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam/y, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

............................. , dn. ……………..2024 r. ……….........................................................

Miejscowość *podpis i pieczątka imienna* *upełnomocnionego*

*przedstawiciela (przedstawicieli) Wykonawcy*

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, REGON Wykonawcy /* *Podmiotu, na którego zasoby powołuje się wykonawca / każdego z Wykonawców w przypadku składania oferty wspólnej)*

**Oświadczenie w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub   
art. 14 RODO:**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1)) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

............................. , dn…………………… 2024 r. ……….........................................................

Miejscowość *podpis i pieczątka imienna* *upełnomocnionego*

*przedstawiciela (przedstawicieli) Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU[[2]](#footnote-2)**

**składane w zakresie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2022 r., o szczególnych rozwiązaniach   
w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2024, poz. 507),**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY /**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KAŻDEGO Z WYKONAWCÓW W PRZYPADKU SKŁADANIA OFERTY WSPÓLNEJ[[3]](#footnote-3)**

Na potrzeby procedury prowadzonej w ramach przeprowadzenia zamówienia publicznego na wykonanie usługi z zakresu medycyny pracy:

**……** nie podlegam wykluczeniu z procedury na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2022r., o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2024, poz. 507, z późn.zm.).

**……** podlegam wykluczeniu z procedury na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2022 r.,   
o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2024, poz. 507,3, z późn.zm.).

............................. , dn………………. 2024 r. ……….........................................................

Miejscowość *podpis i pieczątka imienna* *upełnomocnionego*

*przedstawiciela (przedstawicieli) Wykonawcy*

1. 1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119   
   z 04.05.2016, str. 1).

   \* W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-1)
2. dokument składany odrębnie przez Wykonawcę*,* Podmiot, na którego zasoby powołuje się Wykonawca / każdego  
    z Wykonawców w przypadku składania oferty wspólnej) [↑](#footnote-ref-2)
3. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-3)