

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

1 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL UNIA EUROPEJSKA

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, L-2985 Luksemburg Faks (352) 29 29-42670

E-mail: ojs@publications.europa.eu Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>

OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU

SEKCJA I: INSTYTUCJA ZAMAWIAJĄCA

I.1) NAZWA, ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE

Oficjalna nazwa: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św Barbary

Adres pocztowy: Plac Medyków 1

Miejscowość: Sosnowiec Kod pocztowy: 41-200

Kraj: Polska

Punkt

kontaktowy:

T e l.: 0 32/3682428

Osoba do

kontaktów: Mariola Kocharńska

E-mail: zam.publ@wss5.pl Faks: 032/3682012

Adres(y) internetowy(e) (jeżeli dotyczy)

Ogólny adres instytucji zamawiającej (URL): www.wss5.pl

Adres profilu nabywcy (URL):

Więcej informacji można uzyskać pod adresem:

jak podano wyżej dla punktu kontaktowego

inny: proszę wypełnić załącznik A.I

Specyfikacje i dokumenty dodatkowe (w tym dokumenty dotyczące dialogu konkurencyjnego oraz

Dynamicznego Systemu Zakupów) można uzyskać pod adresem:

jak podano wyżej dla punktu kontaktowego

inny: proszę wypełnić załącznik A.II

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać na adres:

jak podano wyżej dla punktu kontaktowego

inny: proszę wypełnić załącznik A.III

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU

SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

2 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI

Ministerstwo lub inny organ krajowy lub federalny, w tym jednostki regionalne i lokalne

Agencja/Urząd krajowy lub federalny

Organ władzy regionalnej lub lokalnej

Agencja/Urząd regionalny lub lokalny

Podmiot prawa publicznego

Instytucja/agencja europejska lub organizacja

międzynarodowa

Inne

(proszę określić):

Ogólne usługi publiczne

Obrona

Porządek i bezpieczeństwo publiczne

Środowisko

Sprawy gospodarcze i finansowe

Zdrowie
Budownictwo i obiekty komunalne
Ochrona socjalna
Rekreacja, kultura i religia
Edukacja
Inne
(proszę określić):

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających
tak nie

**„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM
SZPITALU
SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System
bemarowy”**

3 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

II.1) OPIS

II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW
W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM NR 5
IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ”
„System bemarowy”

II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług

(Wybrać wyłącznie jedną kategorię – roboty budowlane, dostawy lub usługi – która najbardziej odpowiada

konkretnemu przedmiotowi zamówienia lub zakupu)

a) Roboty budowlane b) Dostawy c) Usługi

Wykonanie

Zaprojektowanie i wykonanie

Wykonanie, za pomocą
dowolnych środków,
obiektu budowlanego,
odpowiadającego wymogom
określonym przez instytucję
zamawiającą

Kupno

Dzierżawa

Najem

Leasing

Połączenie powyższych
form

Kategoria usług: nr

*(dla usług kategorii 1-27 zob.
załącznik II do dyrektywy
2004/18/WE)*

Główne miejsce lub lokalizacja
robót budowlanych

Główne miejsce realizacji dostawy Główne miejsce świadczenia usług
Wojewódzki Szpital

Specjalistyczny nr 5 im. Św.

Barbary w Sosnowcu

ul. Plac Medyków 1, 41-200

Sosnowiec

Kod NUTS PL22B

II.1.3) Ogłoszenie dotyczy

Zamówienia publicznego Zawarcia umowy ramowej

Utworzenia dynamicznego

systemu zakupów (DSZ)

II.1.4) Informacje na temat umowy ramowej (jeżeli dotyczy)

Umowa ramowa z kilkoma wykonawcami
Liczba , LUB, jeżeli dotyczy, maksymalna liczba
uczestników planowanej umowy ramowej
Umowa ramowa z jednym wykonawcą

Czas trwania umowy ramowej:

Okres w latach: lub miesiącach:

Uzasadnienie dla umowy ramowej, której czas trwania przekracza okres czterech lat:

Szacunkowa całkowita wartość zakupów w całym okresie obowiązywania umowy ramowej
(jeżeli

dotyczy; podać wyłącznie dane liczbowe):

Szacunkowa wartość bez VAT:

Waluta:

LUB Zakres: między

a

Waluta:

Częstotliwość oraz wartość zamówień, które zostaną udzielone (jeżeli możliwe do określenia): :

**„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM
SZPITALU**

**SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System
bemarowy”**

4 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

II.1.5) Krótki opis zamówienia lub zakupu(ów)

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usługi żywienia pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu
Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu w systemie bemarowym.

**„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM
SZPITALU**

**SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System
bemarowy”**

5 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

II.1.6) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)

Słownik główny Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)

Główny przedmiot 55520000

Dodatkowe

przedmioty

55321000

II.1.7) Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA)

tak nie

**II.1.8) Podział na części (w celu podania informacji o częściach zamówienia należy wykorzystać
załącznik B w**

liczbie odpowiadającej liczbie części)

tak nie

Jeżeli tak, oferty należy składać w odniesieniu do (zaznaczyć tylko jedno pole):

tylko jednej części jednej lub więcej części wszystkich części

II.1.9) Dopuszcza się składanie ofert wariantowych

tak nie

II.2) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES ZAMÓWIENIA

II.2.1) Całkowita wielkość lub zakres (w tym wszystkie części i opcje, jeżeli dotyczy)

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):

Waluta:

LUB Zakres: między

a

Waluta:

II.2.2) Opcje (jeżeli dotyczy)

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać opis takich opcji:

Jeżeli jest znany, wstępny harmonogram odwołania się do tych opcji:

w miesiącach: lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

Liczba możliwych wznowień zamówienia (jeżeli dotyczy):

lub Zakres: między a

Jeżeli jest znany, w przypadku odnawialnych zamówień na dostawy lub usługi, szacunkowe ramy czasowe

kolejnych zamówień:

w miesiącach: lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

II.3) CZAS TRWANIA ZAMÓWIENIA LUB TERMIN REALIZACJI

Okres w miesiącach: 36 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU

SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

6 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU

SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

7 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

SEKCJA III: INFORMACJE O CHARAKTERZE PRAWNYM, EKONOMICZNYM, FINANSOWYM I TECHNICZNYM

III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA

III.1.1) Wymagane wadium i gwarancje (jeżeli dotyczy)

Wykonawca zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości brutto 30 000,00 zł.

Wadium należy wpłacić przelewem na rachunek bankowy:

ALIOR BANK nr 09 2490 0005 0000 4600 3993 1187 z oznaczeniem: „Świadczenie usługi żywienia pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu - nr postępowania

WSS5/EP/318/2009”.

Wadium może być wnoszone także w formie:

- poręczeń bankowych lub poręczeń spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym,
- gwarancji bankowych,
- gwarancji ubezpieczeniowych,
- poręczeń udzielanych przez podmioty, o których mowa w art.6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz. U. Nr 109, poz. 1158 ze zm.).

Dowód wniesienia wadium w formie pieniężnej (przelew na rachunek) należy dołączyć do oferty ostatecznej.

W przypadku wniesienia wadium w formie innej niż pieniężna, dowód wniesienia wadium (oryginał dokumentu)

należy umieścić w osobnej kopercie z napisem „Wadium” i przesać do Zamawiającego razem z ofertą.

Za terminowe wniesienie wadium w formie pieniężnej uważa się wpływ kwoty wadium na w/w rachunek

przed upływem terminu składania ofert, tj. do dnia 12.10.2009r. do godziny 12.00. Ważność wadium w formie

niepieniężnej winna obejmować okres od dnia, w którym upływa termin składania ofert (jest on pierwszym

dniem biegu terminu) i co najmniej do dnia związania ofertą składaną w postępowaniu.

III.1.2) Główne warunki finansowania i uzgodnienia płatnicze oraz/lub odniesienie do odpowiednich

przepisów je regulujących

Termin płatności faktur - 30 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury.

III.1.3) Forma prawna, jaką musi przyjąć grupa wykonawców, której zostanie udzielone zamówienie

(jeżeli dotyczy)

III.1.4) Inne szczególne warunki, którym podlega realizacja zamówienia *(jeżeli dotyczy)*

tak nie

Jeżeli tak, opis szczególnych warunków

III.2) WARUNKI UDZIAŁU

III.2.1) Sytuacja podmiotowa wykonawców, w tym wymogi dotyczące wpisu do rejestru zawodowego lub handlowego

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy którzy:

- posiadają uprawnienie do wykonywania określonej działalności ,
- posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponują potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do

wykonania zamówienia lub przedstawia, pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału

technicznego i osób zdolnych do wykonania zamówienia,

- znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
- nie podlegają wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

Spełnienie przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu, Zamawiający będzie oceniał na podstawie dokumentów i oświadczeń zawartych w ofercie, przy zastosowaniu zasady „spełnia/nie

spełnia”.

Wykonawca musi wykazać spełnienie każdego z warunków. Niespełnienie któregośkolwiek warunku

spowoduje wykluczenie Wykonawcy

W celu potwierdzenia, że Wykonawca posiada uprawnienie do wykonywania określonej działalności, Zamawiający żąda złożenia:

oświadczenia o spełnieniu warunków określonych w art. 22 ust. 1 pkt. 1 do 3 ustawy oraz

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU

SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

8 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

o nie podleganiu wykluczeniu na podstawie art. 24 ustawy, o treści zgodnej ze wzorem, zamieszczonym w

Rozdziale II, pkt. 2 niniejszej SIWZ,

aktualnego odpisu z właściwego Rejestru albo aktualnego zaświadczenia

o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub

zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem

terminu składania ofert,

aktualnego zaświadczenia właściwego Naczelnika Urzędu Skarbowego

oraz właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

potwierdzających odpowiednio, że Wykonawca nie zalega

z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne

lub zaświadczeń, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych

płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu- wystawionych nie wcześniej niż 3

miesiące przed upływem terminu składania ofert,

aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego albo równoważne zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego kraju pochodzenia osoby w zakresie określonym w art. 24 ust.1 pkt 4-8

ustawy, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt.9 ustawy, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, koncesje, zezwolenie lub licencję lub oświadczenie Wykonawcy, że ustawy nie nakładają obowiązku posiadania

koncesji, zezwolenia lub licencji na podjęcie działalności gospodarczej w zakresie objętym zamówieniem publicznym

Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast

dokumentów wymienionych w punktach: 6. 2 i 6.3, składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w

którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania potwierdzające odpowiednio, że:

- nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości,

- nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne

i zdrowotne albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie, lub rozłożenie na raty zaległych

płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu- wystawione nie wcześniej niż 3

miesiące przed upływem terminu składania ofert,

nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie- wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed

upływem terminu składania ofert.

Jeżeli w kraju pochodzenia osoby lub w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania,

nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt. 6.4 i 6.5 zastępuje się je dokumentem zawierającym

oświadczenie złożone przed notariuszem, właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem

samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio kraju pochodzenia osoby lub kraju, w którym

Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania.

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, Wykonawcy ustanawiają

pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego (do oferty należy

dołączyć prawidłowo sporządzone pełnomocnictwo). W przypadku wyboru przez Zamawiającego oferty złożonej

przez Wykonawców występujących wspólnie zobowiązani będą najpóźniej przez dniem zawarcia umowy, do

przedłożenia Zamawiającemu umowy regulującej ich współpracę.

III.2.2) Zdolność ekonomiczna i finansowa

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów

(jeżeli dotyczy):

W celu potwierdzenia, że Wykonawca znajduje się w sytuacji ekonomicznej

i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

Zamawiający żąda złożenia informacji banku lub

spółdzielczej kasy oszczędnościowo – kredytowej,

w którym Wykonawca posiada rachunek bankowy,

potwierdzającej wysokość posiadanych środków finansowych lub zdolność kredytową Wykonawcy

wystawioną nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
Zamawiający uzna, że Wykonawca spełnia warunek znajdowania się w sytuacji ekonomicznej lub finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia jeśli ten wykaże się posiadaniem środków finansowych lub zdolnością kredytową w wysokości co najmniej 30 000,00 zł.

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

9 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

III.2.3) Zdolność techniczna

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów

(jeżeli dotyczy):

W celu potwierdzenia, że Wykonawca posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, Zamawiający żąda złożenia wykazu, o treści zgodnej ze wzorem zamieszczonym w Rozdziale II, pkt 4 niniejszej SIWZ, wykonanych w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy –w tym okresie, usług odpowiadających swoim rodzajem i wartością przedmiotowi zamówienia oraz dokumentów potwierdzających, że te dostawy zostały wykonane należycie.

Zamawiający uzna warunek za spełniony jeśli Wykonawca wykaże wykonanie 3 usług odpowiadających swoim rodzajem i wartością przedmiotowi zamówienia (odpowiednio do pakietu, na który Wykonawca złoży ofertę).

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

10 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

III.2.4) Zamówienia zastrzeżone (jeżeli dotyczy)

tak nie

Zamówienie jest zastrzeżone dla zakładów pracy chronionej

Realizacja zamówienia jest zastrzeżona w ramach programów pracy chronionej

III.3) SPECYFICZNE WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIEŃ NA USŁUGI

III.3.1) Świadczenie usługi zastrzeżone jest dla określonego zawodu

tak nie

Jeżeli tak, odniesienie do odpowiednich przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych:

III.3.2) Osoby prawne powinny wskazać nazwiska oraz kwalifikacje zawodowe pracowników odpowiedzialnych za wykonanie usługi

tak nie

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU

SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

11 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

SEKCJA IV: PROCEDURA

IV.1) RODZAJ PROCEDURY

IV.1.1) Rodzaj procedury

Otwarta

Ograniczona

Ograniczona przyspieszona Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:

Negocjacyjna Kandydaci zostali już zakwalifikowani
tak nie

Jeżeli tak, należy podać w pkt VI.3) nazwy i adresy zakwalifikowanych już wykonawców Informacje

Dodatkowe

Negocjacyjna przyspieszona Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:

Dialog konkurencyjny

IV.1.2) Ograniczenie liczby wykonawców, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert lub do udziału

(procedura ograniczona i negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Przewidywana liczba wykonawców

LUB Przewidywana minimalna liczba a , *jeżeli właściwe*, maksymalna liczba

Obiektywne kryteria wyboru ograniczonej liczby kandydatów:

IV.1.3) Zmniejszenie liczby wykonawców podczas negocjacji lub dialogu*(procedura negocjacyjna, dialog*

konkurencyjny)

Zastosowanie procedury etapowej w celu stopniowego zmniejszania liczby omawianych rozwiązań lub negocjowanych ofert

tak

nie

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU

SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

12 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA

IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia *(proszę zaznaczyć odpowiednie pole(a))*

Najniższa cena

LUB

Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

kryteria określone poniżej*(kryteria udzielenia zamówienia powinny zostać podane wraz z wagą lub w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego, w przypadku gdy przedstawienie wag nie jest możliwe z*

oczywistych przyczyn)

kryteria określone w specyfikacji, w zaproszeniu do składania ofert lub negocjacji lub w dokumencie opisowym

Kryteria Waga

1.

2.

3.

4.

5.

Kryteria Waga

6.

7.

8.
9.
10.

IV.2.2) Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać dodatkowe informacje na temat aukcji elektronicznej (*jeżeli dotyczy*)

IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE

IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą (*jeżeli dotyczy*)

WSS5/EP/318/2009

IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia

tak nie

Jeżeli tak,

Wstępne ogłoszenie informacyjne Ogłoszenie o profilu nabywcy

Numer ogłoszenia w Dz.U.: **/S** - z dnia (dd/mm/rrrr)

Inne wcześniejsze publikacje (*jeżeli dotyczy*)

IV.3.3) Warunki uzyskania specyfikacji i dokumentów dodatkowych (z wyjątkiem dynamicznego systemu

zakupów) lub dokumentu opisowego (w przypadku dialogu konkurencyjnego)

Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów

Data: 09/10/2009 (dd/mm/rrrr) Godzina: 14:00

Dokumenty odpłatne

tak nie

Jeżeli tak, Cena (*podać wyłącznie dane liczbowe*): 10.00 Waluta: PLN

Warunki i sposób płatności:

w kasie w siedzibie Zamawiającego

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU

SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

13 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

IV.3.4) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu

Data: 12/10/2009 (dd/mm/rrrr) Godzina: 12:00

IV.3.5) Data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału zakwalifikowanym kandydatom (*jeżeli*

możliwe do określenia):

(*w przypadku procedur ograniczonej i negocjacyjnej oraz dialogu konkurencyjnego*)

Data: (dd/mm/rrrr)

IV.3.6) Język(i), w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu

ES CS DA DE ET EL EN FR IT LV LT HU MT NL PL PT SK SL FI SV

inny:

IV.3.7) Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą (*procedura otwarta*)

Do: (dd/mm/rrrr)

LUB Okres w miesiącach: lub dniach: 60 (od ustalonej daty składania ofert)

IV.3.8) Warunki otwarcia ofert

Data: 12/10/2009 (dd/mm/rrrr) Godzina: 13:00

Miejsce (*jeżeli dotyczy*): w siedzibie Zamawiającego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w

Sosnowcu, ul. Plac Medyków 1, 41-200 Sosnowiec

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (*jeżeli dotyczy*)

tak nie

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

14 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

VI.1) JEST TO ZAMÓWIENIE O CHARAKTERZE POWTARZAJĄCYM SIĘ (jeżeli dotyczy)

tak nie

Jeżeli tak, przewidywany czas publikacji kolejnych ogłoszeń:

VI.2) ZAMÓWIENIE DOTYCZY PROJEKTU/PROGRAMU FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW WSPÓLNOTOWYCH

tak nie

Jeżeli tak, odniesienie do projektów i/lub programów:

VI.3) INFORMACJE DODATKOWE (jeżeli dotyczy)

VI.4) PROCEDURY ODWOŁAWCZE

VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze

Oficjalna nazwa: Urząd Zamówień Publicznych

Adres pocztowy: Aleja J.Ch.Szucha 2/4

Miejscowość: Warszawa Kod pocztowy: 00-582

Kraj: Polska

E-mail:

Tel.:

Faks:

Adres

internetowy

(URL):

Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne (jeżeli dotyczy)

Oficjalna nazwa: Urząd Zamówień Publicznych

Adres pocztowy: Aleja J.Ch.Szucha 2/4

Miejscowość: Warszawa Kod pocztowy: 00-582

Kraj: Polska

E-mail:

Tel.:

Faks:

Adres

internetowy

(URL):

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

15 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

VI.4.2) Składanie odwołań (proszę wypełnić pkt VI.4.2 LUB, jeżeli jest to niezbędne, pkt VI.4.3)

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

Odwołanie wnosi się do Prezesa Urzędu w terminie 10 dni od dnia doręczenia roz-strzygnięcia protestu

lub

upływu terminu rozstrzygnięcia protestu, a jeżeli wartość zamówienia jest mniejsza niż kwoty określone

w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 – w terminie 5 dni, jednocześnie przekazując kopię tre-ści odwołania zamawiającemu. ZłoŜenie odwołania w placówce pocztowej opera-tora publicznego jest równoznaczne z jego wniesieniem do Prezesa Urzędu.

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

16 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

VI.4.3) Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań

Oficjalna nazwa: Urząd Zamówień Publicznych

Adres pocztowy: Aleja J.Ch.Szucha 2/4

Miejscowość: Warszawa Kod pocztowy: 00-582

Kraj: Polska

E-mail:

Tel.:

Faks:

Adres

internetowy

(URL):

VI.5) DATA WYSŁANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:

31/08/2009 (dd/mm/rrrr)

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

17 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

ZAŁĄCZNIK A

DODATKOWE ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE

I) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ DALSZE INFORMACJE

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

K o d pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

T e l.:

Osoba do

kontaktów:

E-mail:

F a k s :

Adres internetowy (URL):

II) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ SPECYFIKACJE I DOKUMENTY

DODATKOWE (W TYM DOKUMENTY DOTYCZĄCE DIALOGU KONKURENCYJNEGO I DYNAMICZNEGO SYSTEMU ZAKUPÓW)

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

K o d pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

T e l.:

Osoba do

kontaktów:

E-mail:

F a k s :

Adres internetowy (URL):

III) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE NALEŻY PRZESYŁAĆ OFERTY/WNIOSKI O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

K o d pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

T e l.:

Osoba do

kontaktów:

E-mail:

F a k s :

Adres internetowy (URL):

„ ŚWIADCZENIE USŁUGI ŻYWIENIA PACJENTÓW W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU ” „System bemarowy”

18 / 18 SIMAP2_wss5 31.08.2009 02:51 PM MEST- ID:2009-100873 Formularz standardowy 2 — PL

ZAŁĄCZNIK B (1)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr NAZWA

1) KRÓTKI OPIS

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znany, szacunkowy koszt bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe)

Waluta:

LUB Zakres: między

a

Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU

TRWANIA ZAMÓWIENIA *(jeżeli dotyczy)*

Okres w miesiącach: *lub* dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)

Zakończenie *(dd/mm/rrrr)*

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA