

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie**

ul. Jagiellońska 44, 70-382 Szczecin, sekretariat: (0-91) 43-29-500, fax (0-91) 43-29-501

Konto bankowe: BGK 32 1130 1176 0022 2137 2520 0006, NIP 852-21-98-181, REGON 810733454, KRS 0000001757

adres internetowy: [www.spzozmsw.szczecin.pl](http://www.spzozmsw.szczecin.pl), e-mail: [biuro@spzozmsw.szczecin.pl](mailto:biuro@spzozmsw.szczecin.pl)

Szczecin, 27 listopada 2017 r.

Znak sprawy: WAG-ZAP-53-<sup>4699</sup>.....-11/17.

**Zapytanie ofertowe o wartości nie przekraczającej 30 000,00 euro pn.:  
świadczenie usług w zakresie przygotowywania i dostarczania posiłków dla pacjentów Oddziału  
Dziennego Psychiatrycznego SP ZOZ MSWiA w Szczecinie.**

**I. Przedmiot zamówienia obejmuje: świadczenie usług w zakresie przygotowywania i dostarczania posiłków dla pacjentów Oddziału Dziennego Psychiatrycznego SP ZOZ MSWiA w Szczecinie, zgodnie z Załącznikiem nr 2 do zapytania ofertowego – opisem przedmiotu zamówienia.**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny na każdym jego etapie.
2. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od dnia składania ofert.

**II. Wykaz dokumentów lub oświadczeń, jakie mają dostarczyć Wykonawcy w celu oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu oraz dokumentów opisujących przedmiot zamówienia.**

1. Wypełniony formularz oferty cenowej – w formie Załącznika nr 1 do Zapytania ofertowego;
2. Dokument dopuszczający wykonawcę do obrotu prawnego – tj. aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

**III. Opis sposobu obliczenia ceny.**

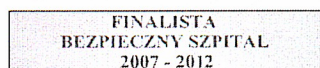
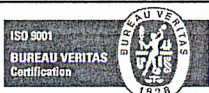
1. Zaoferowana cena powinna być wyrażona w polskiej walucie (PLN). Powinna ona obejmować wszystkie upusty i rabaty. Należy podawać tylko jedną cenę, w tym także jedną cenę jednostkową na produkt, bez przedstawiania opcji, wariantów, czy alternatyw. Cena powinna obejmować pełny koszt realizacji zamówienia, w szczególności: koszt transportu, koszt wniesienia we wskazane przez Zamawiającego miejsce, koszt opakowań, koszt załadunku i rozładunku.

**IV. Termin realizacji zamówienia.**

1. Z wybranym Wykonawcą zostanie zawarta umowa na okres jednego roku od daty jej podpisania. Usługi żywienia będą polegać na przygotowaniu oraz dostarczeniu gotowego posiłku do spożycia, w formie śniadania wzbogaconego **od poniedziałku do piątku włącznie**, z wykluczeniem dni świątecznych. Zamawiający będzie każdorazowo składał zamówienia o stanie żywienia – przesłane według wyboru Zamawiającego faxem lub drogą elektroniczną do siedziby Wykonawcy, **do godziny 9:30**. Dostarczenie posiłków do siedziby Zamawiającego, tj. ul. Piotra Skargi 16, **do godziny 10:45**. Zamawiający w ramach realizacji przedmiotowego zamówienia zastrzega sobie możliwość zmiany godzin dostarczania i wydawania posiłków.

**V. Warunki płatności.**

1. Rozliczenia za wykonane usługi pocztowe następować będą w okresach miesięcznych, w formie opłaty „z dołu”, w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT przez Wykonawcę, przelewem na rachunek bankowy wskazany w fakturze VAT.



## **VI. Kryteria i sposób oceny ofert.**

1. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty, Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami i ich wagami:

Kryterium	Waga kryterium
1. Cena	100 %

ocena ofert zostanie dokonana w sposób następujący:

### **Kryterium 1 – Cena**

Ocena w tym kryterium będzie dokonywana wg następującego wzoru:

najniższa zaoferowana cena spośród złożonych ofert

----- x 100 pkt x 100%

cena zaoferowana w ofercie badanej

Zamawiający ocenia oferty i jako najkorzystniejszą wybierze ofertę, która uzyska najkorzystniejszy bilans punktów.

## **VII. Miejsce i termin składania ofert.**

Ofertę należy złożyć, w siedzibie Zamawiającego w Sekretariacie Dyrektora SP ZOZ MSWiA w Szczecinie lub za pośrednictwem poczty e-mail: [biuro@spzozmswia.szczecin.pl](mailto:biuro@spzozmswia.szczecin.pl), w terminie do dnia **04 grudnia 2017 r., do godz. 11:00**. Sekretariat Dyrektora jest czynny od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:25 do 16:00.

- VIII.** Osobą wyznaczoną przez Zamawiającego do kontaktu z potencjalnymi Wykonawcami zainteresowanymi podpisaniem umowy na realizację przedmiotowego zamówienia jest: p. Małgorzata Kojder – nr tel. 91 43 29 521.

Z-CA DYREKTORA  
ds. Medycznych  
*dr n. med. Beata Gawda-Wojnarska*  
(488)

### **Załączniki do Zapytania ofertowego:**

- 1) Załącznik nr 1 - Oferta cenowa.
- 2) Załącznik nr 2 - Opis przedmiotu zamówienia.

Znak sprawy: WAG-ZAP-53-.....-11/17.

.....  
Pieczęć Wykonawcy

.....  
Tel. Wykonawcy

.....  
Fax. Wykonawcy

.....  
e-mail Wykonawcy

**OFERTA CENOWA**

Ja (My), niżej podpisany (ni)

.....,  
działając w imieniu i na rzecz:

.....  
.....  
w odpowiedzi na zapytanie ofertowe pn.:

**świadczenie usług w zakresie przygotowywania i dostarczania posiłków dla pacjentów Oddziału Dziennego Psychiatrycznego SP ZOZ MSWiA w Szczecinie**

oferuję (my) wykonanie zamówienia za kwotę:

..... zł brutto rocznie  
(słownie złotych brutto rocznie: .....

1. Termin realizacji zamówienia: z wybranym Wykonawcą zostanie zawarta umowa na okres jednego roku od daty jej podpisania.
2. Rozliczenia za wykonane usługi następować będą w okresach miesięcznych, w formie opłaty „z dołu”, w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT przez Wykonawcę, przelewem na rachunek bankowy wskazany w fakturze VAT.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
4. Wykonawca oświadcza, że jest / nie jest\* płatnikiem podatku VAT.
5. Oświadczamy, że cena wskazana w ofercie obejmuje **wszystkie** koszty związane z realizacją przedmiotowego zamówienia.
6. Oświadczamy, że jesteśmy związani naszą ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

....., dnia .....

.....  
podpis(y)

Znak sprawy: WAG-ZAP-53-.....-11/17

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA****Zakres wykonywanych świadczeń:**

1. Zakres czynności składających się na świadczenie usługi ma charakter kompleksowy, dotyczy przygotowania i dostarczenia jednego posiłku dziennie dla pacjentów Oddziału Dziennego Psychiatrycznego SP ZOZ MSWiA w Szczecinie. Oddział mieści przy ul. Piotra Skargi 16 w Szczecinie.
2. Usługi żywienia będą polegać na przygotowaniu oraz dostarczeniu gotowego posiłku do spożycia, w formie śniadania wzbogaconego od poniedziałku do piątku włącznie, z wykluczeniem dni świątecznych.
3. Szacunkowa ilość zamawianych zestawów dziennie może się wahać w granicach od 24-28 w zależności od potrzeb Zamawiającego.
4. Wykonawca zobowiązany jest do stosowania systemu analizy zagrożeń oraz ryzyka wystąpienia ich podczas przebiegu wszystkich etapów produkcji, obrotu żywności i krytycznych punktów kontroli (Hazard Analysis and Critical Control Points) zwany dalej systemem HACCP. Postępowanie ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa żywności przez identyfikację i oszacowanie skali zagrożeń z punktu widzenia wymagań zdrowotnych żywności oraz ryzyka na poszczególnych etapach wytwarzania i dowozu posiłków.
5. Dostarczony posiłek powinien każdorazowo składać się z zestawu śniadaniowego :
  - a) 1 bułki posmarowanej masłem z dodatkiem wędliny, sera, jajka, warzyw,
  - b) jogurtu naturalnego bądź serka homogenizowanego,
  - c) owocu bądź ciasta.
6. Zamawiający wymaga dostarczenia różnych rodzajów bułek: pszennych, żytnich, graham (o gramaturze nie mniejszej niż 80 gram na porcję). Zamawiający wymaga, aby w ciągu przypadających po sobie trzech dni, codziennie pojawiał się inny rodzaj pieczywa.
7. Zamawiający wymaga, aby do posmarowania bułki używane było masło minimum 82% tłuszczu w ilości takiej, aby pokryć w całości powierzchnię bułki.
8. Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć wędliny o zawartości mięsa minimum 80%. Wędliny powinny być zarówno drobiowe, jak i wieprzowe, tak aby zapewnić pacjentom różnorodność.
9. Zamawiający wymaga, aby codziennie dostarczany był inny rodzaj wędliny.
10. Zamawiający wymaga, aby dostarczane były sery wysokiej jakości (królewski, podlaski, gouda, mozzarella, edamski ).
11. Zamawiający wymaga, aby dodatki do bułki (wędlina, ser) łącznie każdorazowo ważyły nie mniej niż 40 gram.
12. Wykonawca zobowiązany jest, aby w każdej bułce znajdowały się następujące warzywa (do wyboru): sałata, ogórek, papryka, rzodkiewka, szczypiorek.
13. Jogurty naturalne oraz serki homogenizowane powinny być w opakowaniu jednostkowym.
14. Zamawiający wymaga, aby do śniadania codziennie dostarczona była 1 sztuka owocu (niekrojonego). Owoce z uwzględnieniem sezonowości. W celu zapewnienia urozmaicenia, Zamawiający wymaga, aby dany owoc nie wystąpił więcej niż dwa razy w tygodniu.
15. Wykonawca zobowiązany jest, aby ciasto ważyło min. 100g. Ciasto powinno być podzielone na porcje dla każdej osoby. Zamawiający wymaga, aby ciasto pojawiała się raz w tygodniu.
16. Wykonawca wymaga, aby zestaw śniadaniowy w postaci bułki, jogurtu/serka, owocu/ciasta spakowany był dla każdego pacjenta w osobny pojemnik/torebkę.
17. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca zapewnił Oddziałowi ciągły dostęp do jednorazowych talerzyków oraz łyżeczek.
18. Na żądanie Zamawiającego Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć etykiety produktów, które zostały użyte do przygotowywania posiłków, np. wędlina, ser.
19. Wykonawca zobowiązany jest wprowadzić zmiany dodatków do bułek, owoców, ciast zgodnie z sugestiami Dietetyka Szpitala.
20. Zamawiający zastrzega sobie możliwość modyfikacji dodatków do bułek w zależności od stanu zdrowia pacjentów.

**Warunki zamawiania, dostarczania i odbioru posiłków :**

1. Wykonawca powinien przygotowywać posiłki zgodnie z zasadami prawidłowego żywienia. Zasady prawidłowego żywienia muszą być zgodne z aktualnymi wytycznymi Instytutu Żywności i Żywienia.
2. Wykonawca powinien przygotowywać oraz transportować posiłki w warunkach zapewniających bezwzględne przestrzeganie przepisów sanitarno-epidemiologicznych oraz zasad higieny zgodnie z ustawą z dnia 8 kwietnia 2015 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2015 r., poz. 594) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 852/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie higieny środków spożywczych.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo kontroli dokumentacji sanitarnej środka transportu, którym dostarczane są posiłki, a także kontroli książeczek zdrowia personelu dostarczającego żywność oraz kontroli dowodów dokumentujących pochodzenie wykorzystywanych do produkcji posiłków produktów.

4. Zamawiający zastrzega sobie możliwość kontroli miejsca przygotowania posiłków w ramach nadzoru bieżącego oraz sposobu magazynowania żywności przez Wykonawcę, a w szczególności Zamawiający uprawniony jest do sprawdzania:
  - a) jakości, gramatury i czystości mikrobiologicznej posiłków,
  - b) stanu sanitarnego pomieszczeń kuchni centralnej i środków transportu,
  - c) zgodności cyklu technologicznego z wymogami i zaleceniami.
5. Zamawiający będzie każdorazowo składał zamówienia o stanie żywienia – przesłane według wyboru Zamawiającego faxem lub drogą elektroniczną do siedziby Wykonawcy do godziny 9:30.
6. Godziny dostarczenia posiłków do siedziby Zamawiającego, tj. ul. Piotra Skargi 16, do godziny 10:40.
7. Zamawiający w ramach realizacji przedmiotowego zamówienia zastrzega sobie możliwość zmiany godzin dostarczania i wydawania posiłków.
8. Odbiór posiłków dokonywany będzie przez osobę wyznaczoną przez kierownika Oddziału Dziennego Psychiatrycznego na podstawie protokołu zdawczo-odbiorczego zawierającego ilości zamówionych zestawów śniadań wzbogaconych.
9. W sytuacji kiedy stwierdzone są zastrzeżenia odnośnie ilości zestawów i jakości dostarczonych produktów Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego dostarczenia brakującego zestawu, bądź produktów o należytej jakości. Wszelkie uwagi wpisane zostaną w protokół zdawczo-odbiorczy.
10. Szablon protokołu zdawczo-odbiorczego zawiera Załącznik nr 1.

data, .....

**PROTOKÓŁ ZDAWCZO – ODBIORCZY**

<b>Oddział Dzienny Psychiatryczny:</b>	<b>Wykonawca:</b>
Ilość zamówionych zestawów:	Ilość dostarczonych zestawów:
Ewentualne zastrzeżenia:	
(podpis osoby upoważnionej z Oddziału Dziennego Psychiatrycznego)	(podpis osoby upoważnionej ze strony Wykonawcy)