

ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT
na usługi w zakresie telefonii komórkowej

Postępowanie nie podlega w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r. Nr 0, poz 907, 984, 1047 i 1473 z późn. zm.). – wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych kwoty 30.000 euro (art.4 pkt 8 ustawy).

1. Zamawiający

**Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny
Ratunkowej, ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław
KRS 0000040364, REGON 006320384, NIP: 899-22-28-560**

Telefon 71-306 44 39 lub 601 74 13 80

email: t.wysocki@szpital-marciniak.wroclaw.pl

2. Przedmiot zamówienia

Opis przedmiotu zamówienia

- Karta SIM z telefonem komórkowym wraz z abonamentem na 24 miesiące. Zamawiający wymaga aparaty telefoniczne typu HTC Desire 620, Samsung J3(2016), Huawei P8 Lite lub inny aparat o parametrach równoważnych lub wyższych: Abonament miesięczny obejmujący bezpłatne połączenia głosowe minimum 320 min/SMS 30/MMS 10 do wszystkich sieci komórkowych i stacjonarnych w Polsce, blokada łączy po wyczerpaniu limitu, blokada usług Premium SMS, pakiet Internetu minimum 2 GB – w ilości 45 szt.

**1) 725 255 533, 2) 663 891 782, 3) 725 255 521, 4) 601 760 764, 5) 725 255 573,
6) 663 891 785, 7) 663 891 789, 8) 663 895 230, 9) 663 898 814, 10) 663 898 809,
11) 663 898 810, 12) 663 898 811, 13) 663 898 813, 14) 601 760 763, 15) 663 898 816,
16) 725 255 558, 17) 663 898 818, 18) 663 898 821, 19) 663 898 827, 20) 663 898 828,
21) 663 898 830, 22) 663 898 896, 23) 663 898 892, 24) 725 255 543, 25) 725 255 524,
26) 725 255 504, 27) 725 255 508, 28) 663 898 833, 29) 663 898 836, 30) 663 898 837,
31) 663 898 838, 32) 663 898 839, 33) 663 898 906, 34) 725 255 513, 35) 725 255 528,
36) 663 898 835, 37) 663 898 829, 38) 725 255 539, 39) 725 255 562, 40) 725 255 568,
41) 725 255 571, 42) 725 255 584, 43) 725 255 551, 44) 725 255 587, 45) 725 255 578.**

- Karta SIM z telefonem komórkowym wraz z abonamentem na 24 miesiące. Zamawiający wymaga następujące aparaty telefoniczne - 4 szt. Samsung S8 (dostawa najpóźniej do 9 czerwca 2017 dla numerów poz. 1, 2, 3 i 4) oraz 4 szt. aparatów telefonicznych iPhone 7 32 GB, Samsung S7 lub inny o parametrach równoważnych lub wyższych (dla numerów poz. 5, 6, 7 i 8): Abonament miesięczny obejmujący połączenia głosowe bez ograniczeń/SMS/MMS (bez limitu) do wszystkich sieci komórkowych i stacjonarnych w Polsce oraz pakiet Internetu minimum 3 GB– w ilości 8 szt. (wskazana opcja bez ograniczeń)

**1) 601 401 364, 2) 663 891 788, 3) 663 898 907, 4) 601 741 393, 5) 601 741 380,
6) 663 891 781, 7) 603 694 019, 8) 663 898 815**

Wymogi ogólne:

- 1) Gwarancja na aparaty telefoniczne: min 24 m-ce. Serwis dostępny w ciągu 24 h w dni robocze. Na czas naprawy dłuższy niż 3 dni – dostarczenie aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych niż aparat serwisowany. Po 3 naprawach tego samego podzespołu, wymiana na nowy

aparatus.

- 2) Po wykorzystaniu puli Internetu z abonamentu, nie mogą być doliczane automatycznie dodatkowe opłaty.
- 3) Zamawiający wymaga od Wykonawcy przeniesienia 53 dotychczasowych numerów wykazanych jak wyżej do sieci operatora, który zaoferuje najniższą cenę. Obecnie Zamawiający korzysta z operatora sieci Plus, dla której operatorem jest Polkomtel.

3. Termin i miejsce wykonania zamówienia

- Termin wykonania zamówienia: Dostawa aparatów do 7 dni od daty otrzymania zamówienia, złożonego przez uprawnionego przedstawiciela Zamawiającego, abonament od pierwszego dnia po rozwiązaniu umowy z dotychczasowym Wykonawcą.
- Miejsce dostarczenia aparatów telefonicznych wraz z kartami SIM:
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław.

4. Kryterium i sposób oceny ofert

Kryterium: cena – 100 %

Sposób oceny ofert:

C (cena oferty) = najniższa cena łączna spośród złożonych ofert / cena łączna badanej oferty x 100 %

5. Opis sposobu obliczania ceny

Wykonawca przedstawi w ofercie cenę całkowitą netto i brutto obejmującą całość przedmiotu zamówienia (za okres 24 miesięcy) wg pozycji jak w formularzu oferty, podając ją w zapisie liczbowym i słownie. Cena ofertowa musi zawierać wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia (w tym koszty aktywacyjne, abonamenty, opłatę za aparaty telefoniczne itp.), w tym podatek VAT w ustawowej wysokości. Cena oferty ma być wyrażona w PLN zgodnie z polskim systemem płatniczym, z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku.

6. Miejsce, sposób i termin składania ofert

Oferty należy składać w formie pisemnej w zaklejonej kopercie z dopiskiem „**Oferta na telefonię komórkową**” w siedzibie **Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław** w sekretariacie dyrekcji, I - piętro, pokój 1900, w terminie do dnia 20.04.2017 r. do godz. 10.00.

Oferta powinna zawierać:

1. czytelnie wypełniony formularz ofertowy (załącznik nr 1), podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentowania wykonawcy,
2. oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu- załącznik nr 2,
3. aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, lub inny właściwy dla oferenta - wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy przed upływem terminu składania ofert.

Zamawiający nie dopuszcza ofert częściowych i wariantowych.

Otwarcie ofert nastąpi w dniu 20.04.2017 r. o godz. 10.15 w pokoju 2930, II piętro.

Oferty, które wpłyną po tym terminie nie będą brane pod uwagę.

Nie dopuszcza się składania ofert w wersji elektronicznej.

Informacja o wybranej przez Zamawiającego ofercie zostanie zamieszczona na stronie internetowej <http://www.szpital-marciniak.wroclaw.pl/> a uczestnicy postępowania zostaną poinformowani o rozstrzygnięciu postępowania faxem lub e-mail.

6. Osoba do kontaktu

Tadeusz Wysocki tel. 601 74 13 80,
e-mail: t.wysocki@szpital-marciniak.wroclaw.pl

DYREKTOR

dr n. med. Marek Nikiel
specjalista organizacji ochrony zdrowia
specjalista neurolog

.....

Wrocław 2017-04-06



OFERTA

Nazwa i siedziba Wykonawcy:

.....

Nr telefonu / Nr faxu

NIP....., REGON.....

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym:

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty na świadczenie **usługi telefonii komórkowej**

O ś w i a d c z a m y,

że zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia zawartymi w Zaproszeniu do składania ofert oraz informacjami koniecznymi do przygotowania oferty i nie wnosimy do nich zastrzeżeń. Oferujemy świadczenie usług na następujących warunkach:

1	2	3	4	5	6	7
I.p.	Rodzaj opłaty miesięcznej	Wysokość netto w PLN	Stawka VAT	Wysokość brutto w PLN	Ilość	Wartość miesięczna brutto w PLN
						kol.5 x kol.6
1	Abonament za 1 numer bez limitu do wszystkich sieci komórkowych i stacjonarnych wraz z pakietem internetowym min. 3 GB.) uwzględniający koszt oferowanego aparatu telefonicznego. (podać ile:GB Dla ap. tel. Samsung S8				4	
2	Abonament za 1 numer bez limitu do wszystkich sieci komórkowych i stacjonarnych wraz z pakietem internetowym min. 3 GB uwzględniający koszt oferowanego aparatu telefonicznego (podać ile: ...GB)				4	
3	Abonament za 1 numer z limitem 320 minut do wszystkich sieci komórkowych i stacjonarnych wraz z pakietem internetowym min. 2GB, uwzględniający koszt oferowanego aparatu telefonicznego. (podać ile:GB)				45	
Razem					



Uwaga: Wszelkie opłaty za ewentualne opcje niestandardowe dostosowujące usługę do wymogów opisu przedmiotu zamówienia należy dodać do ceny jednostkowej abonamentów (pkt. 1, 2 tabeli) zamieszczając stosowne wyjaśnienie w części „Pozostałe informacje”

Wartość miesięcznych opłat (suma z kol. 7 poprzedniej tabeli): PLN
Ewentualne inne opłaty jednorazowe (z VAT) (podać jakie podzielone przez 24 PLN
Łączna wartość miesięcznych opłat: PLN

(słownie: zł)

Oferowane modele aparatów telefonicznych wg opisu Przedmiotu zamówienia:

(można podać więcej niż jeden, jeżeli zostały dopuszczone do zaoferowania przez Zamawiającego)

Dla poz. 1: (model)

Dla poz. 2: (model)

Dla poz. 3: (model)

(model)

Oświadczenia i informacje

1. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.
2. Termin wykonania zamówienia:
 - a) dostawa aparatów telefonicznych w poz. 1 nastąpi najpóźniej do2017 r. ,
 - b) dostawa aparatów telefonicznych w poz. 2 i 3 nastąpi do 7 dni od daty otrzymania Zamówienia, abonamenty od pierwszego dnia po rozwiązaniu umowy z dotychczasowym Wykonawcą.
3. Na dostarczone aparaty udzielamy 24 miesięcznej gwarancji.
4. Termin płatności 30 dni od momentu dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT.
5. W cenie oferty zostały zawarte wszystkie koszty wykonania zamówienia.
6. Zapoznaliśmy się z warunkami zamówienia oraz projektem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
7. Uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty.
8. W przypadku dokonania wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
9. Osobami nas reprezentującymi, które należy wpisać do umowy są:
 - 1).....
 - 2).....

Ilość stron oferty:

Pozostałe informacje, w tym dodatkowe korzyści:

.....

.....

miejsowość, data

.....

podpis Wykonawcy



OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Nazwa Wykonawcy

.....

Adres Wykonawcy

.....

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot:

1. posiada uprawnienia niezbędne do wykonania określonych działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
2. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
3. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
4. posiada deklaracje zgodności dopuszczające urządzenia do bezpiecznego użytkowania, odpowiednie dokumenty przedłożymy wraz z rozpoczęciem realizacji zamówienia.

....., dnia

.....

Podpis Wykonawcy

