ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SIWZ

**OFERTA**

1. Dane Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres Wykonawcy: | ............................................................................................................................... |
| KRS lub inny organ rejestrowy: | ................................................................................................................................ |
| Wielkość przedsiębiorstwa | 1. mikroprzedsiębiorstwo; 2. małe przedsiębiorstwo; 3. średnie przedsiębiorstwo; 4.żadne z powyższych. (właściwe podkreślić) |
| Osoby upoważniona do kontaktu | Imię i nazwisko …................................................; Tel. ......................................... Adres e-mail:...................................................... |
| Nr rachunku bankowego: | ................................................................................................................................ |

1. Oferuję usługę, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia:

|  |
| --- |
| UNIESZKODLIWIANIE ODPADÓW MEDYCZNYCH |
| Lp | Przedmiot zamówienia | Województwo na obszarze, którego umiejscowiona jest spalarnia (art. 20 ust. 3 ustawy o odpadach) | Odległość w km spalarni od Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie (art. 20 ust. 4 ustawy o odpadach) | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1 | Unieszkodliwianie odpadów medycznych |  |  | kg | 780 000 |  |  |  |  |  |
| **PARAMETRY OCENIANE:**Możliwość utylizacji odpadów o następujących kodach:13 02 08 ⬜ TAK\* ⬜ NIE\*14 06 03 ⬜ TAK\* ⬜ NIE\*15 01 02 ⬜ TAK\* ⬜ NIE\*20 01 25 ⬜ TAK\* ⬜ NIE\*\* właściwe zaznaczyć; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

1. Oświadczam, że:
2. Akceptuję w całości wszystkie warunki zawarte w SIWZ;
3. Składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SIWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy;
4. cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty;
5. akceptuję warunki płatności określone przez Zamawiającego w SIWZ przedmiotowego postępowania;
6. jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert;
7. przewiduję/nie przewiduję powierzenie podwykonawcom ........................................................................ realizacji zamówienia w części …………….;
8. zapoznałem/am się z postanowieniami umowy, określonymi w SIWZ i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SIWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
9. wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*
10. ofertę niniejszą składamy na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach;
11. wadium wniosłem/am w następującej formie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kwota wadium | Forma wniesienia wadium | Numer rachunku na który należy dokonać zwrotu wadium |
|  |  |  |

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

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).

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SIWZ

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

|  |
| --- |
| UNIESZKODLIWIANIE ODPADÓW MEDYCZNYCH |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Wymóg graniczny | Potwierdzenie |
| 1 | Odpady z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej sklasyfikowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 09.12.2014 r. w sprawie katalogu odpadów. (Dz. U. 29 grudnia 2014 r. poz. 1923) | Kody18 01 01,18 01 02\*,18 01 03\*,18 01 04,18 01 06\*,18 01 07,18 01 08\*,18 01 82\* |  |
| 2 | Przewidywana ilość odpadów. | 780 000 kg |  |
| 3 | Odpady będą dostarczane przez Zamawiającego w dni robocze (od poniedziałku do soboty bez niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy) | Tak |  |
| 4 | Obowiązkiem wykonawcy jest poosiadanie wagi do ważenia odpadów medycznych. Waga winna posiadać dokument legalizacji przez cały okres trwania umowy. Zamawiający dopuszcza poświadczanie legalizacji wagi poprzez naklejki holograficzne. | Tak |  |
| 5 | Dowodem odbioru odpadów będzie sporządzony przez posiadacza odpadów druk, zgodnie ze wzorem zawartym w załączniku do Rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz.U. z 2014 r, poz. 1973)  | Tak |  |
| 6 | Powyższy dokument stanowi podstawę do wystawienia faktury po zakończonym miesiącu. | Tak |  |

|  |
| --- |
| PARAMETRY OCENIANE  |
| Lp. | Opis parametru | Oferowane parametry\* | Ocena punktowa |
| 1 | Zamawiający oceniał będzie możliwość utylizacji odpadów o następujących kodach:13 02 0814 06 0315 01 0220 01 25 | tak / nie\*tak / nie\*tak / nie\*tak / nie\* | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |
| \* właściwe podkreślić; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt.  |

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ

PROJEKT UMOWY NR ... TA.TP.382.114.2019 BS

zamówienie w trybie przetargu nieograniczonego art. 39 ustawy Prawo zamówień publicznych

Umowa zawarta w dniu ..................2019 roku w Koszalinie, pomiędzy:

Szpitalem Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika

ul. T. Chałubińskiego 7, 75 – 581 Koszalin

NIP: 669-10-44-410, REGON: 330006292, KRS: 0000006505

reprezentowanym przez Andrzeja Kondaszewskiego – Dyrektora

zwanym dalej *Zamawiającym*

a

NIP:....................REGON:..........................KRS:.........................................

reprezentowanym przez: .................................................................................

zwanym dalej *Wykonawcą*

§ 1

1. Zamawiający zleca, a Wykonawca zobowiązuje się do przetwarzania odpadów medycznych z grupy kodów 18 01 01, 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 04, 18 01 06\*, 18 01 07, 18 01 08\*, 18 01 09, 18 01 82\*przekazanych przez Zamawiającego w ilości około 780 ton.
2. Umowa zostaje zawarta na czas określony – od ……2019 r. do ……2022 r.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do niezrealizowania umowy w pełnym zakresie.

§ 2

1. Odpady określone w § 1 ust. 1 umowy, będą dostarczane przez Zamawiającego w dniu robocze (od poniedziałku do soboty bez niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy).
2. Dowodem odbioru odpadów będzie, sporządzona Karta Przekazania Odpadów (KPO) przez posiadacza odpadów, zgodnie ze wzorem zawartym w załączniku do Rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (D.U. z 2014 r., poz. 1973). Powyższy dokument stanowi podstawę do wystawienia faktury po zakończonym miesiącu.
3. Zamawiający będzie dostarczał odpady do miejsca ich przetworzenia własnym transportem.

§ 3

1. Obowiązki Zamawiającego:
2. Zapewnienie dostarczenia odpadów do miejsca odbioru;
3. Prowadzenie ewidencji dostarczanych odpadów;
4. Selektywne gromadzenie oraz właściwe oznakowanie odpadów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 05.10.2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. z 2017 r., poz.1975).
5. Osobą upoważnioną przez Zamawiającego w sprawach określonych w ust. 1 jest ...................................
6. Obowiązki Wykonawcy
7. Dysponowanie urządzeniem do przetwarzania odpadów medycznych. Posiadanie wagi do ważenia odpadów medycznych. Waga winna posiadać dokument legalizacji przez cały okres trwania umowy. Dopuszcza się poświadczanie legalizacji wagi poprzez naklejki holograficzne.
8. Świadczenie usług, stanowiących przedmiot zamówienia zgodnie z wymogami ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. (t.j. Dz.U. 2018 r., poz. 992).
9. Osobą upoważnioną przez Wykonawcę w sprawach określonych w ust. 3 jest ..............................................

§ 4

1. Za wykonanie usługi przetwarzania odpadów medycznych strony ustalają wartość ........... zł brutto, w tym …….. podatku VAT.
2. Wystawienie faktury w oparciu o Kartę Przekazania Odpadu (KPO) nastąpi po zakończeniu każdego miesiąca.
3. Zapłata za wykonane usługi nastąpi w formie przelewu bankowego na konto Wykonawcy nr .......................................................................... w terminie do 60 dni od daty dostarczenia faktury.
4. Nie zapłacenie należności w terminie upoważni Wykonawcę do naliczenia ustawowych odsetek.

§ 5

1. W przypadku nienależytego wykonania umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 0,1% wartości wynagrodzenia określonego w § 4 ust. 1 umowy za każdy przypadek nienależytego wykonania umowy.
2. Zastosowanie kar umownych nie wyklucza możliwości dochodzenia przez Zamawiającego roszczeń odszkodowawczych na zasadach ogólnych.

§ 6

Wykonawca nie może bez pisemnej zgody Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego przenieść wierzytelności wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią.

§ 7

Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową będą miały zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy Prawo zamówień publicznych.

§ 9

Spory wynikłe na tle wykonania niniejszej umowy, strony poddadzą rozstrzygnięciu właściwemu rzeczowo Sądowi w Koszalinie.

§ 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

Załączniki do umowy:

1. Formularz ofertowy

|  |  |
| --- | --- |
| ZAMAWIAJĄCY: | WYKONAWCA: |