



UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 1

im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie

71-252 Szczecin ul. Unii Lubelskiej 1



e-mail: szpital@usk1.szczecin.pl

www.usk1.szczecin.pl

Dyrektor Naczelny	(091) 425-30-02	Pielęgniarka Naczelna	(091) 425-30-06
Z-ca d/s Lecznictwa	(091) 425-30-04	Z-ca Piel. Naczelnej (Police)	(091) 425-38-18
Z-ca d/s Ekonomiczno-Finansowych	(091) 425-30-05	Centrala	(091) 425-30-00
Z-ca d/s Administracyjnych	(091) 425-05-03	Sekretariat fax (Szczecin)	(091) 425-30-01
Z-ca d/s Eksploatacyjno-Technicznych	(091) 425-30-03	Sekretariat /fax (Police)	(091) 425-38-10/12

Nasz znak: AG.246.23.2025(3)

Szczecin, dnia 28.04.2025r.

OGŁOSZENIE

Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 PUM w Szczecinie, ul. Unii Lubelskiej 1 zaprasza do złożenia kompleksowej oferty cenowej na świadczenie usług tapicerowania mebli/sprzętu należącego do USK – 1.

1. Na podstawie art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1530 ze zm.), z wyłączeniem zastosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1320 ze zm.), zapraszamy do złożenia oferty cenowej na wykonywanie usług tapicerskich w zakresie renowacji mebli i sprzętu należących do Zamawiającego według poniższego zestawienia:

Lp.	Asortyment	Ilość
1	Krzesło obrotowe	25
2	Krzesło tapicerowane	25
3	Balkonik	10
4	Chodzik	10
5	Taboret obrotowy	10
6	Wózek inwalidzki	8
7	Kanapa	10
8	Kozetka	10
9	Materac duży	10
10	Materac mały	10
11	Siedzisko krzesła	10
12	Fotel tapicerowany	10
13	Pufa	3
14	Podnózek	3
15	Podglówek	3

16	Podłokietnik	6
17	Fotel ginekologiczny	6
18	Stanowisko do pobierania krwi	6
19	Fotel dla rodziców - leżanka	20
20	Poduszka	3

Podane ilości są szacunkowe na podstawie wykonanych renowacji sprzętu/mebli w okresie ostatnich 12 m-cy i mają charakter jedynie poglądowy.

2. Wykonawca obsługiwał będzie Zamawiającego w lokalizacjach znajdujących się:
 - a) przy ul. Unii Lubelskiej 1 w Szczecinie,
 - b) przy ul. Broniewskiego 26 w Szczecinie,
 - c) przy ul. Siedleckiej 2 w Policach.
3. Wykonawca wykonywał będzie dla poszczególnych lokalizacji Zamawiającego usługi wg. bieżących potrzeb Zamawiającego.
4. Wykonawca zastosuje materiały umożliwiające dezynfekcję sprzętu lub tekstylne. Rodzaj materiału, który ma być zastosowany w ramach tapicerowania został wskazany w projekcie umowy. Kolor materiału Zamawiający wskaże w zamówieniu.
5. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania usługi tapicerowania na każde oddzielne zamówienie Zamawiającego w terminie 14 dni od daty złożenia zamówienia. Zamówienia będą składane telefonicznie lub wiadomość e-mail.
6. Wykonawca ponosi koszt transportu sprzętu przeznaczonego do renowacji: odbioru sprzętu z siedziby Zamawiającego i następnie dostarczenia go do siedziby Zamawiającego po wykonaniu tapicerowania.
7. Na świadczone usługi i użyte materiały Wykonawca udzieli gwarancji Zamawiającemu na okres 12 m-cy pod warunkiem właściwego eksploataowania przedmiotu umowy przez Zamawiającego.
8. W przypadku wykonania usługi niezgodnie z zamówieniem, Wykonawca zobowiązuje się do podjęcia niezbędnych działań celem usunięcia błędów na własny koszt w przeciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia usterki.
9. Umowa będzie obowiązywać przez okres 12 m-cy od 01.07.2025 r. do 30.06.2026 r.
10. Rozliczenie za wykonanie naprawy nastąpi na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT lub rachunku wraz z protokołem odbioru sprzętu przez Zamawiającego od Wykonawcy (załącznik nr 2).
11. Faktura VAT lub rachunek zostaje dostarczona wraz z naprawionym sprzętem.
13. Płatność za wykonaną usługę nastąpi przelewem na konto Wykonawcy w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT lub rachunku.
14. Umowa z wybranym Wykonawcą zostanie zawarta na warunkach wskazanych we wzorze umowy stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia.

Kryterium wyboru oferty najkorzystniejszej :

1. Wartość brutto zamówienia 100%

Sposób sporządzenia oferty:

1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Oferta musi zawierać wypełniony „Formularz ofertowy” (zgodny w treści z przedstawionym wzorem – załącznik nr 1).
3. Oferta musi być podpisana przez Wykonawcę – zgodnie z zasadami reprezentacji wskazanymi we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej. Jeżeli osoba podpisująca ofertę działa na podstawie pełnomocnictwa, to musi ono w swojej treści wyraźnie wskazywać uprawnienie do podpisania oferty. Dokument pełnomocnictwa musi zostać złożony jako część oferty.

Miejsce i termin składania ofert:

Oferty z cenami netto oraz stawką VAT prosimy przesłać na adres e-mail: agnieszka.wroblewska@usk1.szczecin.pl lub złożyć w formie pisemnej Kancelarii USK -1 przy ul. Unii Lubelskiej 1 (budynek Administracji BA1) na załączonym formularzu ofertowym do dnia **02.06.2025 r. do godz. 9:00. Oferty przesłane po tym terminie zostaną odrzucone.**

Wybór ofert nastąpi w USK - 1, przy ul. Unii Lubelskiej 1 w Szczecinie do dnia 04.06.2025 r.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do: zmiany warunków zamówienia, unieważnienia postępowania bez podania przyczyny, niewybrania żadnej z przedstawionych ofert, pozostawienia bez rozpatrzenia oferty niezgodnej z przedmiotem niniejszego zamówienia oraz do zmiany terminu składania ofert bez podania przyczyny.

Załączniki:

1. formularz ofertowy,
2. protokoły odbioru (2a Szczecin, 2b Police),
3. wzór umowy.

Osoba wyznaczona do kontaktu:

Agnieszka Wróblewska

Telefon kontaktowy: 91 425 30 86

e-mail: agnieszka.wroblewska@usk1.szczecin.pl

Klauzula informacyjna z art. 13 RODO.

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:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM** w Szczecinie, z siedzibą: ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin,
Dane kontaktowe:
 - kontakt listowny na adres: ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin,
 - kontakt telefoniczny: 91 425 30 00
 - kontakt e-mail: szpital@usk1.szczecin.pl
- inspektorem ochrony danych osobowych w **Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM** w Szczecinie jest Pani/Pan:
 - Witold Frankiewicz.Dane do kontaktu:
listownie: USK - 1, ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin
adres e-mail: iod@usk1.szczecin.pl
telefon: 91 425 33 05

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem na udzielenie zamówienia publicznego. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty upoważnione na podstawie stosownych przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas wynikający ze stosownych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.

Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art. 22 RODO.

Posiada Pani/Pan:

1. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
2. na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych¹;
3. 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 ²;
4. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

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.

1 **Wyjaśnienie:** skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego

2 **Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Wykonawcy (nazwa, adres firmy i telefon kontaktowy)

--

Lp.	Asortyment	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto	Wartość brutto
1	Krzesło obrotowe	25			
2	Krzesło tapicerowane	25			
3	Balkonik	10			
4	Chodzik	10			
5	Taboret obrotowy	10			
6	Wózek inwalidzki	8			
7	Kanapa	10			
8	Kozetka	10			
9	Materac duży	10			
10	Materac mały	10			
11	Siedzisko krzesła	10			
12	Fotel tapicerowany	10			
13	Pufa	3			
14	Podnózek	3			
15	Podglówek	3			
16	Podłokietnik	6			
17	Fotel ginekologiczny	6			
18	Stanowisko do pobierania krwi	6			
19	Fotel dla rodziców - leżanka	20			
20	Poduszka	3			
			RAZEM		

Stawka VAT.....

Składając niniejszą ofertę, oświadczam, że akceptuję zapisy załączonego do ogłoszenia projektu umowy.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć, podpis Wykonawcy)

DO UMOWY AG.246.23.2025(2)

Z DNIA

PROTOKÓŁ ODBIORU

Odbiorca: Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM,
ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin

Data dokonania odbioru:.....

Wykonawca:

Przedmiotem odbioru jest:

Lp.	NAZWA MEBLA/SPRZĘTU	IŁOŚĆ
1		
2		
3		
4		
5		

Potwierdzam odbiór w/w mebla(i)/sprzętu poddanego(ych) renowacji.

Uwagi:

Podpisy i pieczęci:

(Zamawiający)

(Wykonawca)

DO UMOWY AG.246.23.2025(2)

Z DNIA

PROTOKÓŁ ODBIORU

Odbiorca: **Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM,
ul. Siedlecka 2, 72-010 Police**

Data dokonania odbioru:.....

Wykonawca:

.....

Przedmiotem odbioru jest:

Lp.	NAZWA MEBLA/SPRZĘTU	IŁOŚĆ
1		
2		
3		
4		
5		

Potwierdzam odbiór w/w mebla(i)/sprzętu poddanego(ych) renowacji.

Uwagi:

Podpisy i pieczęci:

(Zamawiający)

(Wykonawca)