



**CENTRUM MEDYCZNE ŻELAZNA**  
Szpital i Przychodnia św. Zofii



**MIASTO  
STOŁECZNE  
WARSZAWA**

## ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ

**Dotyczy:** zamówienia publicznego o wartości szacunkowej nieprzekraczającej wyrażonej w złotych równowartości 30 tys. euro na świadczenie usług w zakresie odbioru, wywozu i utylizacji odpadów medycznych, udzielanego na podstawie art. 4 ust 8 ustawy Prawo zamówień publicznych.

**Zamawiający:** Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o. o., ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa.

### Opis przedmiotu zamówienia:

1. Zamówienie dotyczy usługi w zakresie odbioru, wywozu i utylizacji odpadów medycznych z Centrum Medycznego „Żelazna” sp. z o.o., których wykaz znajduje się w załączniku nr 2.
2. Ilości podane w tabeli załącznika nr 2, są jedynie danymi szacunkowymi. Ilość odpadów uzależniona jest od ilości pacjentów, wykonanych zabiegów i każdorazowo inna.
3. Odbiór odpadów z placówki Zamawiającego będzie dokonywany przystosowanym do tego środkiem transportu Wykonawcy, na jego koszt. Odbiorca zobowiązany jest posiadać przynajmniej 2 samochody do odbioru odpadów zgodnie z załącznikiem nr 5.
  - a. Odbiór odpadów medycznych zakaźnych odbywać się będzie trzy razy w tygodniu – poniedziałek, środa, piątek, w godz. 6.00 – 6.45, z pomieszczenia wyznaczonego w CMŻ na gromadzenie odpadów medycznych. W przypadku kumulacji dni wolnych Wykonawca zapewni dodatkowy odbiór odpadów.
  - b. Odbiór odpadów medycznych specjalnych oraz medycznych innych niż niebezpieczne odbywać się będzie w terminie 4 dni od daty zgłoszenia zapotrzebowania przez Zamawiającego. W przypadku zgłoszenia do utylizacji środków narkotycznych, każdorazowo Wykonawca wystawi upoważnienie pracownikowi, który odbierał będzie leki bezpośrednio z apteki szpitalnej CMŻ wyłącznie w godz. 8.00- 15.00 (szacunkowa ilość zgłoszeń – 2 razy w roku).
  - c. W przypadku zaistnienia potrzeby Zamawiającego, oddania celem utylizacji odpadów medycznych o innym kodzie niż wymienione w załączniku nr 2, Wykonawca odbierze odpady w ramach niniejszej umowy w tej samej cenie za kilogram, wystawiając odpowiednie potwierdzenie.
4. Ważenie odpadów odbywać się będzie każdorazowo na wadze Wykonawcy. Wykonawca z dniem podpisania umowy zobowiązuje się przekazać Zamawiającemu sprawną technicznie wagę z aktualną legalizacją. Przechowywana ona będzie w pomieszczeniu Zamawiającego, w którym składowane są odpady medyczne. Zamawiający będzie kontrolował aktualność legalizacji wagi w trakcie realizacji umowy.
5. Prace związane z załadunkiem odpadów należą do Wykonawcy.
6. Wykonawca zobowiązany jest do wystawiania „karty przekazania odpadów”, każdorazowo przy odbiorze odpadów, zgodnie z wymaganym przepisami wzorem.

7. Wykonawca zobowiązany jest do wystawiania Zamawiającemu zaświadczenia potwierdzającego dokonanie termicznego unieszkodliwienia odpadów odebranych przez okres miesiąca kalendarzowego, zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa – DPU.
8. Zamawiający nie dopuszcza przerw w odbiorze odpadów.
9. Wykonawca będzie zobowiązany do bezpłatnego dostarczenia pojemników do każdego rodzaju odpadów, w odpowiednich kolorach o pojemności 5, 10, 30 i 60 litrów, w ilości wystarczającej do zachowania ciągłości pracy CMŻ, w transzach raz na 2-3 miesiące, zgodnie ze zgłoszonym zapotrzebowaniem Zamawiającego. Pojemniki muszą posiadać pozytywną opinię PZH. Szacowana ilość pojemników rocznie to:

5 litrowe	300 szt.
10 litrowe	50 szt.
30 litrowe	300 szt.
60 litrowe	250 szt.

Ilość ta uzależniona jest od ilości wykonywanych zabiegów i może ulec zmianie. Wykonawca zapewni ilość wystarczającą do realizacji zamówienia.

10. O wykonanie zamówienia ubiegać się mogą Wykonawcy, którzy posiadają aktualne decyzje zezwalające na zbieranie, transport i utylizację odpadów medycznych.
11. Usługa winna być wykonywana zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności zgodnie z:
  - Ustawą z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U. 2013r. poz. 21),
  - Ustawą prawo ochrony środowiska z dnia 27 kwietnia 2001 r. (Dz.U. 2001r. Nr 62, poz. 627),
  - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2016 r. w sprawie wymagań i sposobów unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych,
  - Ustawą z dnia 13 czerwca 2013 r. o gospodarce opakowaniami i odpadami opakowaniowymi (Dz. U. z 2013 r. poz. 888),
  - Ustawą z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych (Dz. U. 2011 r. Nr 227, poz. 1367),
  - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. 2017 poz. 1975),
  - Innymi Rozporządzeniami wykonawczymi do ww. ustaw.

#### **Dokumenty jakie należy dołączyć do oferty:**

1. Wykonawca winien dostarczyć:
  - a. Aktualne zezwolenie na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie objętym niniejszym zamówieniem, zgodne z ustawą z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach. (Dz.U. 2013r. poz. 21), (np. zezwolenie na prowadzenie działalności w zakresie zbierania oraz prowadzenia transportu odpadów lub zezwolenie na prowadzenie działalności w zakresie odzysku, unieszkodliwiania odpadów).
  - b. Wykaz instalacji, wyposażenia zakładu i urządzeń technicznych dostępnych Wykonawcy – Załącznik nr 3,
  - c. Wykaz wag – Załącznik nr 4,
  - d. Wykaz samochodów – Załącznik nr 5,
  - e. Wykaz osób, upoważnionych do odbioru odpadów – Załącznik nr 6.

#### **Termin wykonania zamówienia oraz warunki płatności.**

1. Termin realizacji zamówienia: przez okres 12 miesięcy od daty podpisania umowy.
2. Należność za wykonanie przedmiotu Umowy będzie regulowana przelewem, w terminie 30 dni licząc od daty dostarczenia przez Wykonawcę prawidłowo wystawionej faktury.

### **Opis sposobu obliczenia ceny**

1. Oferta musi zawierać:
  - wartość netto całego zamówienia (liczbowo i słownie)
  - wartość podatku Vat ( liczbowo i słownie)
  - wartość brutto całego zamówienia ( liczbowo i słownie)
2. Cenę podaną w ofercie (brutto w PLN) należy określić z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
3. Jeżeli w postępowaniu zostanie złożona oferta, której wybór prowadziłby do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów, Zamawiający w celu oceny takiej oferty doliczy do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Cena podana w ofercie jest ceną ryczałtową – musi więc obejmować wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia, opłaty do wykonania i poniesienia przez Wykonawcę, a konieczne do wykonania przedmiotu umowy oraz ewentualne upusty i rabaty.

**Na ofertę składa się: wypełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1 wraz z pozostałymi załącznikami do niniejszego zaproszenia.**

### **Termin związania ofertą oraz miejsce i termin złożenia oferty**

1. Ofertę należy dostarczyć w formie pisemnej do siedziby Zamawiającego (miejsce: Sekretariat Centrum Medycznego „Żelazna” sp. z o.o.) lub przesać na adres Zamawiającego do dnia **01.08.2018 r. do godziny 10.00** z dopiskiem: **„Oferta na świadczenie usług w zakresie odbioru, wywozu i utylizacji odpadów medycznych.”**
2. Termin związania ofertą wynosi 30 dni.

Zamawiający niezwłocznie po dokonaniu oceny ofert przekaże Wykonawcy zawiadomienie o wyborze oferty najkorzystniejszej. Z wybranym Wykonawcą zostanie podpisana umowa.

W przypadku pytań korespondencję prosimy kierować na adres: [r.wojciechowska@szpitalzelazna.pl](mailto:r.wojciechowska@szpitalzelazna.pl)

**Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.**

**PREZES ZARZĄDU**

**Wojciech Puzyna dr n. med.**

Pieczęć firmowa Wykonawcy

### OFERTA

Nawiązując do ogłoszenia na:

#### Świadczenie usług w zakresie odbioru, wywozu i utylizacji odpadów medycznych

1. Oferujemy wykonanie usługi objętej zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w ogłoszeniu, za cenę zgodnie z wypełnionym Załącznikiem nr 1: „Oferta”

Wartość netto ..... PLN	<b>SŁOWNIE:</b> Netto: .....
Podatek VAT..... PLN	.....
Wartość brutto..... PLN	VAT .....%..... Brutto:..... .....

2. W przypadku wyboru naszej oferty, wskazujemy następujące osoby do umieszczenia w Umowie jako reprezentacja Wykonawcy (zgodnie z wpisem w Krajowym Rejestrze Sądowym\*/ wpisem do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej \* / udzielonym pełnomocnictwem\*):

Imię i nazwisko ..... – stanowisko/funkcja\* .....

Imię i nazwisko ..... – stanowisko/funkcja\* .....

3. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup>) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.<sup>2</sup>

..... dnia.....

.....  
Podpis(y) osoby, osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> 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).

Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o.o.

ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa

centrala 22 25 59 800, sekretariat 22 25 59 801, faks 22 25 59 913

szpital@szpitalzelazna.pl www.szpitalzelazna.pl

KRS 000044579 REGON 012103423 NIP 527-01-04-746 kapitał zakładowy: 1 000 000,00 zł

Pieczeń firmowa Wykonawcy

### FRMULARZ CENOWY. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

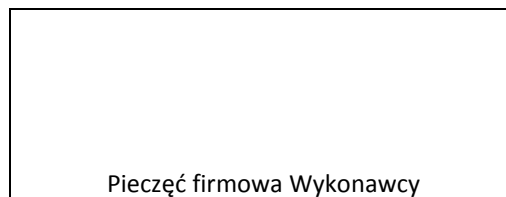
Składając w imieniu Firmy: .....  
 ofertę na: .....  
 w oparciu o przesłanki art. 4 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień  
 publicznych oferuję realizację zamówienia zgodnie z poniższą ceną oraz parametrami:

#### Odbiór, wywóz i utylizacja odpadów medycznych

Rodzaj odpadu / Kod odpadu	Ilość /* (kg)	Cena jednostko wa netto za kg	Stawka VAT	Cena jednostkowa brutto za kg	Wartość pozycji netto	Wartość pozycji brutto
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>ODPADY MEDYCZNE ZAKAŻNE:</b>						
<b>18 01 02*</b> Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03)	12 900					
<b>18 01 03*</b> Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego (...)	31 000					
<i>Mogą także wystąpić:</i>						
<b>ODPADY MEDYCZNE SPECJALNE</b> W tym między innymi:	20					
<b>18 01 06*</b> - Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne (...)						
<b>18 01 08*</b> - Leki cytotoksyczne i cytostatyczne tj. leki nowotworowe, mutagenne i reprodukcyjno-toksyczne (...)						
<b>ODPADY MEDYCZNE INNE NIŻ NIEBEZPIECZNE</b> W tym między innymi:	80					
<b>18 01 09</b> - Leki inne niż wymienione w 180108 (...)						
<b>18 01 01</b> - Narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki, z wyłączeniem 18 01 03 (...)						
<b>18 01 04</b> - Inne odpady niż wymienione w 18 01 03						
<b>18 01 07</b> - Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06 (...)						
<b>Razem:</b>	44 000	X	X	X		

..... dnia.....

.....  
 Podpis(y) osoby, osób wskazanych w dokumencie  
 uprawniającym do występowania w obrocie prawnym  
 lub posiadających pełnomocnictwo.



### WYKAZ INSTALACJI PRZEZNACZONYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

W imieniu Wykonawcy oświadczam, iż do realizacji przedmiotu zamówienia wykorzystywane będą poniższe instalacje:

Lp.	Lokalizacja instalacji do unieszkodliwiania odpadów medycznych ze wskazaniem województwa/*	Wydajność urządzenia do utylizacji		Sposób unieszkodliwiania odpadów	Podstawa dyspozycyjna (własność, umowa najmu, dzierżawy)
		miesięczna	roczna		
GŁÓWNA:					
1.					
ALTERNATYWNE:					
2.					
3.					

Oświadczam, że:

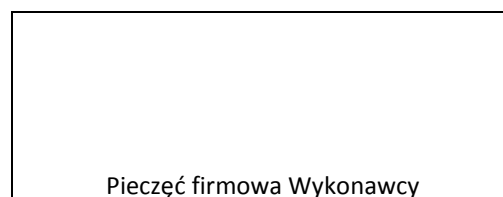
- dysponuję urządzeniami wymienionymi w poz. ....-..... powyższego wykazu;
- nie dysponuję urządzeniami wymienionymi w poz. .... powyższego wykazu, lecz będę nimi dysponować, na potwierdzenie czego załączam pisemne zobowiązanie podmiotu/ów do udostępnienia tych urządzeń;
- **zamierzam unieszkodliwiać odpady medyczne w instalacji głównej położonej w ..... (adres instalacji) województwo tj. w odległości ..... km od siedziby Zamawiającego, która na dzień składania ofert posiada wolne moce przerobowe pozwalające w całości unieszkodliwić odpady odebrane od Zamawiającego;**
- **będziemy unieszkodliwiać odpady medyczne w spalarniach alternatywnych w ilości nie większej niż ..... % odebranych odpadów;**
- dotychczas zakontraktowane przez naszą firmę ilości odpadów medycznych w połączeniu z ilościami odpadów będących przedmiotem niniejszego postępowania nie przekraczają mocy przerobowych spalarni głównej.

**\* W przypadku składowania odpadów w innej lokalizacji niż instalacja do unieszkodliwiania, Wykonawca zobowiązany jest dodatkowo dołączyć oświadczenie o lokalizacji składowiska oraz dołączyć odpowiednie zezwolenie.**

..... dnia .....

.....  
podpis osoby uprawnionej do składania  
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

## ZAŁĄCZNIK NR 4



### WYKAZ WAG

W imieniu Wykonawcy oświadczam, iż przy odbiorze odpady ważone będą przy pomocy poniżej wymienionej wagi:

Typ, model	Numer	Termin legalizacji

W załączeniu kserokopie deklaracji zgodności CE oraz legalizacji.

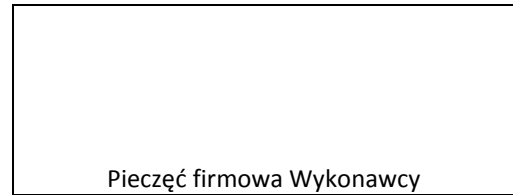
Wykonawca oświadcza, iż przedmiot zamówienia będzie wykonywany przy użyciu wag posiadających legalizację przez cały okres obowiązywania umowy. Oznaczenia legalizacyjne oraz naklejki zabezpieczające znajdujące się na urządzeniach nie noszą śladów naruszenia.

**W przypadku zmiany wykazu, zobowiązuję się do uaktualnienia niniejszego wykazu wraz z załącznikami.**

..... dnia .....

.....

podpis osoby uprawnionej do składania  
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy



**WYKAZ SAMOCHODÓW**

W imieniu Wykonawcy oświadczam, iż transport odebranych odpadów, w ramach wykonania zamówienia, realizowany będzie niżej wymienionymi pojazdami:

Marka i typ	Numer rejestracyjny	Data ważności badania technicznego

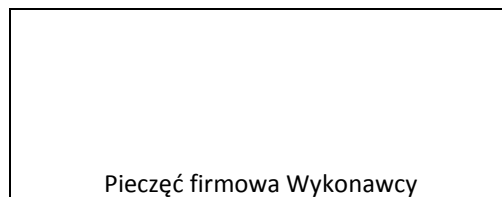
W załączeniu kserokopie dowodów rejestracyjnych.

**W przypadku zmiany listy pojazdów, zobowiązuję się do uaktualnienia niniejszego wykazu wraz z załącznikami.**

..... dnia .....

.....  
podpis osoby uprawnionej do składania  
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy





**WYKAZ  
osób upoważnionych do odbioru odpadów**

W imieniu Wykonawcy oświadczam, iż do bezpośredniego odbioru i transport odpadów medycznych, w ramach wykonania zamówienia, upoważnieni są:

Imię i nazwisko pracownika	Numer prawa jazdy	Numer dokumentu potwierdzającego przeszkolenie z przewozu towarów niebezpiecznych

W załączeniu kserokopie dokumentów potwierdzających przeszkolenie kierowców z przewozu towarów niebezpiecznych.

**W przypadku zmiany listy osób, zobowiązuję się do uaktualnienia niniejszego wykazu wraz z załącznikami.**

..... dnia .....

.....  
podpis osoby uprawnionej do składania  
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy