*Znak sprawy:* ***D27.2801.8.HB.2024******Gdańsk, 12.04****.2024*

***Zapytanie ofertowe***

1. *Pełna nazwa Zamawiającego: [siedziba (pieczęć Zamawiającego), Nazwa Komórki zamawiającej]*

|  |
| --- |
| ***COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.*** ***80-803 Gdańsk ul. Nowe Ogrody 1-6***  |

1. *Określenie przedmiotu zamówienia (zakres, wielkość)*

|  |
| --- |
| **Przedmiotem zamówienia jest szkolenie pracowników Spółki Copernicus z zakresu ochrony przeciwpożarowej, w tym:**1. **Szkolenie z obsługi urządzeń gaśniczych i gaśnic (GP, GS, GSE).**
2. **Praktyczna obsługa podręcznego sprzętu gaśniczego przy użyciu trenażera gaśniczego.**

**Zakres przedmiotu zamówienia:** **Szkolenie w systemie ciągłym w godz. 9.00 – 13.00 w jednym dniu szkoleniowym w następujących lokalizacjach:**1. **Wojewódzkie Centrum Onkologii Gdańsk Al. Zwycięstwa 31/32 – 1 dzień szkoleniowy**
2. **Szpital św. Wojciecha Gdańsk Zaspa Al. Jana Pawła II 50 – 3 dni szkoleniowe**
3. **Szpital im. M. Kopernika Gdańsk ul. Nowe Ogrody 1-6 – 3 dni szkoleniowe**
 |

1. *Termin wykonania zamówienia:*

|  |
| --- |
| **Terminy wykonania szkoleń:****Czerwiec 2024 r.** **Szczegółowe terminy szkoleń zostaną ustalone na podstawie odrębnych uzgodnień między zamawiającym a Wykonawcą.****Termin płatności: 30 dni od prawidłowo wystawionej faktury** (po realizacji zleceniaw danym miesiącu). Podstawą wystawienia faktury będą sporządzone protokoły z wykonanych czynności podpisane również przez inspektora ochrony przeciwpożarowej Zamawiającego. |

1. *Kryteria oceny ofert:*

|  |
| --- |
| **Kryterium 1: Możliwości techniczne realizacji zakresu zamówienia**  **- „Spełnia – Nie spełnia”****Kryterium 2: Ubezpieczenie Wykonawcy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia**  **- „Spełnia – Nie spełnia”****Kryterium 3: Cena oferty 100 %**  |

*5. Wymagania dotyczące ofert: [wskazanie jakie niezbędne informacje, oświadczenia, dokumenty winien zawrzeć w ofercie wykonawca]:*

|  |
| --- |
| **Wykonawca składa ofertę oraz następujące dokumenty:**1. **Opis realizacji przedmiotu zamówienia.**

**Ocena spełnienia warunku dokonana zostanie zgodnie z formułą „Spełnia - Nie spełnia” na podstawie złożonych informacji.**1. **Udokumentowanie opłaconej polisy ubezpieczeniowej, a w przypadku jej braku innego dokumentu potwierdzającego, że Wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.**

**Ocena spełnienia warunku dokonana zostanie zgodnie z formułą „Spełnia - Nie spełnia” na podstawie złożonych informacji.**1. **Kalkulację cenową.**
 |

1. *Miejsce i termin składania ofert:*

|  |
| --- |
| 1. **Pisemnie na adres: COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

 **80-803 Gdańsk ul. Nowe Ogrody 1-6** **lub**1. **E-mail:** **hbuchholz@copernicus.gda.pl**

 **Termin składania ofert: 30.04.2024 r.**W imieniu Zamawiającego osobą upoważnioną do nadzoru wykonania usługi jest Inspektor ochrony ppoż. Henryk Buchholz **tel. 608 432 217** |