**Formularz oferty**

**Znak: WSZ.DZP.261.2.17/2019**

Pieczątka oferenta ….………………………

Dane Wykonawcy;(miejscowość, data)

Nazwa:………………………………………………………….

Adres:……………………………………………………………

Tel/fax:………………………………………………………….

e-mail:…………………………………………………………..

**OFERTA**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu prowadzonego w trybie zapytania ofertowego na wykonanie 5-letniego przeglądu instalacji elektrycznej i odgromowej budynków szpitalnych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa asortymentu /** **Rodzaj wykonywanych prac** | **Ilość****szt./pkt\*\*** | **Cena jedn. netto za 1 szt./ 1pkt.\*** | **Wartość netto** **w PLN\*** | **VAT %** | **Wartość brutto****w PLN\*** |
| 1. | Pomiar rezystancji izolacji instalacji elektrycznej pkt 1-fazowy (badanie obwodów 1-fazowych)  | 850 |  |  |  |  |
| 2. | Pomiar rezystancji izolacji instalacji elektrycznej pkt 1-fazowy (badanie obwodów 3-fazowych)  | 290 |  |  |  |  |
| 3. | Pomiar skuteczności ochrony uzupełniającej przed dotykiem bezpośrednim za pomocą wyłącznika ochronnego różnicowoprądowego RCD 1-fazowy  | 1889 |  |  |  |  |
| 4. | Pomiar skuteczności ochrony uzupełniającej przed dotykiem bezpośrednim za pomocą wyłącznika ochronnego różnicowoprądowego RCD 3-fazowy  | 70 |  |  |  |  |
| 5. | Pomiar skuteczności ochrony przed dotykiem pośrednim za pomocą samoczynnego wyłączenia zasilania (zerowanie) 1-fazowe  | 340 |  |  |  |  |
| 6. | Pomiar skuteczności ochrony przed dotykiem pośrednim za pomocą samoczynnego0 wyłączenia zasilania (zerowanie) 3-fazowy  | 51 |  |  |  |  |
| 7. | Pomiar rezystancji uziomów piorunochronnych  | 100 |  |  |  |  |
| 8. | Pomiar obwodów separacyjnych 230V | 26 |  |  |  |  |
| 9. | Pomiar spawarki wirowej | 1 |  |  |  |  |
| 10. | Pomiar baterii akumulatorów + prostownik | 1 |  |  |  |  |
|  |  |  | Razem |  | xxx |  |

\* Wszystkie ceny mają być zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku.

\*\*Zakres zamówienia obejmuje budynki ujęte w Załączniku nr 2. Podane ilości są szacunkowe. Do rozliczenia będą przyjęte faktyczne ilości zgodne z wykonanymi pomiarami i sporządzonymi protokołami. W wycenie należy uwzględnić utrudnienia związane z wykonywaniem pomiarów w czynnych obiektach służby zdrowia (konieczność wykonywania niektórych pomiarów w nocy lub dni wolne od pracy).

1. Termin wykonania badania (pomiarów) oraz dostarczenia protokołów do ………………………………...
2. Warunki płatności: przelewem w ciągu ………………………(nie mniej niż 60 dni) od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
3. Termin związania ofertą: 30 dni, licząc od dnia upływu terminu do składania ofert.
4. Oświadczam, że:
* zapoznaliśmy się z projektem umowy i opisem przedmiotu zamówienia, akceptujemy ich treść oraz zdobyliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych we wzorze umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego**,**
* posiadamy niezbędne uprawnienia, wiedzę, doświadczenie, potencjał ekonomiczny i techniczny oraz znajdujmy się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
* cena podana w ofercie zawiera wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia jakie ponosi zamawiający,
* **Oświadczenie wymagane od Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam, że 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.\****(wykreślić jeśli nie dotyczy).***

*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).***

1. Ofertę niniejszą składam na …............ kolejno ponumerowanych stronach.
2. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1. ....................................................................

2. ...................................................................

3. ...................................................................

………………………..…..………………….

*Podpis osoby upoważnionej*

**Załącznik nr 1 do formularza oferty**

 **Znak: WSZ.DZP.261.2.17/2019**

**Opis przedmiotu zamówienia: Wykonanie 5-letniego przeglądu instalacji elektrycznej
i odgromowej budynków szpitalnych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach.**

1. ***Przedmiotem zamówienia jest badanie (pomiar)*** instalacji elektrycznej i piorunochronnej w zakresie stanu sprawności połączeń, osprzętu, zabezpieczeń i środków ochrony od porażeń, oporności izolacji przewodów oraz uziemień instalacji i aparatów w budynkach szpitalnych.

1.1 Zamówienie należy wykonać zgodnie z przepisami prawa obowiązującymi na dzień wykonania przeglądów, w szczególności z:
• Ustawą z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (tj. Dz. U. 2018 r., poz. 1202 z późn. zm.),
• Innych przepisów i norm mających zastosowanie w niniejszym przedmiocie zamówienia.

**2. Specyfikacja badań i pomiarów elektrycznych w obiektach Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego**

 **im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach**

* Badanie i pomiary skuteczności ochrony przeciwporażeniowej .
* Badanie i pomiary rezystancji izolacji obwodów elektrycznych .
* Badania i pomiary eksploatacyjne urządzeń elektroenergetycznych /spawarka wirowa, bateria akumulatorów, prostownik /
* Przegląd instalacji odgromowej wszystkich budynków szpitala .
1. **Zakres 5-letniego przeglądu instalacji elektrycznej powinien obejmować w szczególności:**
	1. Oględziny instalacji elektrycznej, urządzeń elektrycznych oraz osprzętu narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działanie czynników występujących podczas użytkowania obiektu na zewnątrz budynku oraz we wszystkich pomieszczeniach wewnątrz budynku: sprawdzenie wizualne instalacji elektrycznych w zakresie stanu prawidłowości połączeń, izolacji i ułożenia przewodów, sprawdzenie wizualne instalacji elektrycznych w zakresie stanu prawidłowości osprzętu, zabezpieczeń i środków ochrony od porażeń, sprawdzenie kompletności tablic i oznaczeń.
	2. Oględziny instalacji odgromowej: sprawdzenie wizualne instalacji odgromowej w zakresie stanu prawidłowości połączeń, mocowań i ułożenia przewodów.
	3. Pięcioletnie pomiary elektryczne w zakresie:
2. Pomiary skuteczności ochrony przeciwporażeniowej 9pomiary skuteczności zerowania – pomiary impedancji pętli zwarcia)
3. Pomiary rezystancji izolacji obwodów I-fazowych
4. Pomiary rezystancji izolacji obwodów III-fazowych
5. pomiar wyłączników różnicowoprądowych
6. Pomiar wyłączników nadprądowych
7. Pomiary rezystancji uziomów instalacji odgromowej (pomiary rezystancji uziemienia)
8. Pozostałe czynności niewymienione powyżej, do których obligują obowiązujące we wskazanym zakresie przepisy i normy.
9. **Z przeprowadzonego przeglądu i pomiarów Wykonawca sporządzi protokół zawierający m.in.:**
10. Datę wykonania przeglądu,
11. Nr protokołu,
12. Oznaczenie obiektu objętego przeglądem (adres)
13. Dane techniczne urządzeń użytych do oględzin i dokonania pomiarów wraz z informacja w zakresie spełnienia przez nie wymaganych przepisów prawa i norm
14. Tabelaryczne zestawienie pomiarów z podziałem na poszczególne pomieszczenia (zestawienie punktów pomiarowych) wraz z informacją z oględzin instalacji elektrycznej w pomieszczeniach
15. Wynik pomiarów dla poszczególnych punktów w pomieszczeniach (pozytywny/negatywny)
16. Tabelaryczne zestawienie poszczególnych pomiarów dla części wspólnych budynków (klatki schodowe, piwnice, strychy ip.) wraz z informacją z oględzin instalacji elektrycznej, tablic itp.
17. Tabelaryczne zestawienie pomiarów rezystancji izolacji w obwodach wraz z wynikiem (pozytywny/negatywny)
18. Tabelaryczne zestawienie pomiarów rezystancji uziomów instalacji odgromowej wraz z wynikiem (pozytywny/negatywny)
19. Tabelaryczne zestawienie pomiarów wyłączników różnicowoprądowych wraz z wynikiem (negatywny/pozytywny)
20. Tabelaryczne zestawienie pomiarów wyłączników nadprądowych wraz z wynikiem (pozytywny/negatywny)
21. Pozostałe czynności
22. Wykaz usterek i nieprawidłowości
23. Określenie zaleceń pokontrolnych
24. Informacja o dopuszczeniu bądź braku dopuszczenia instalacji do dalszej eksploatacji
25. Wskazanie daty wykonania kolejnego przeglądu.

Protokół musi posiadać podpis uprawnionej osoby przeprowadzającej kontrole. Do protokołu należy załączyć potwierdzenie jego wykonania w poszczególnych pomieszczeniach, poprzez podpis osoby odpowiedzialnej za pomiary.

Wykonawca dostarcza Zamawiającemu protokół pomiarów w dwóch egzemplarzach papierowych oraz w formie elektronicznej na nośniku danych.

……………………………….

*Podpis osoby upoważnionej*

**Załącznik nr 2 do formularza oferty**

 **Znak: WSZ.DZP.261.2.17/2019**

**WYKAZ BUDYNKÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO IM. STANISŁAWA RYBICKIEGO W SKIERNIEWICACH UL. RYBICKIEGO 1 DLA KTÓRYCH NALEŻY WYKONAĆ BADANIA I POMIARY**

| **Lp** | **Nazwa** | **Powierzchnia użytkowa** | **Ilość kondygnacji** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Pawilon „A”****Budynek główny Szpitala :****Oddział Chirurgii****Oddział Kardiologii****SOR****Pracownia Endoskopii****Pracownia USG****Dział Diagnostyki Obrazowej****Oddział Położniczo-Ginekologiczny****Blok Porodowy****Oddział Wewnętrzny I****Oddział Dziecięcy****OITiA****Oddział Okulistyczny****Apteka****Sterylizacja****Punkt Przyjęć bielizny****Laboratorium - CDL dzierżawa****Kuchnia****Kotłownia****Pustostan po Nefrologii i Stacji Dializ** | 6.896,0 m2 | 5 (w tym piwnice i niski parter) |
| **2** | **Pawilon „F”****Budynek Rehabilitacji** **Oddział Rehabilitacyjny****Poradnia Rehabilitacji** | 888,8 m2 | 1 (w części 2) |
| **3** | **Pawilon „F”****Budynek Ortopedii****Oddział Ortopedyczno-Urazowy****Blok Operacyjny Ortopedii****Poradnia Ortopedyczno-Urazowa****Pracownia RTG Ortopedia** | 630,0 m2 | 1 |
| **4** | **Pawilon „E”****Budynek Laryngologii****Oddział Laryngologiczny****Sala Operacyjna Laryngologii****Poradnia Laryngologiczna****Pracownia Cytologiczno-Histopatologiczna****Pielęgniarka ds. profilaktyki** | 857,0 m2 | 2 |
| **5** | **Pawilon „D”****Budynek Zakaźny****Oddział Chorób Wewnętrznych II****Oddział Obserwacyjno-Zakaźny****Oddział Gastroenterologiczny****Poradnia Chorób Zakaźnych** | 1.480,0 m2 | 2 |
| **6** | **Pawilon „C”****Budynek Pogotowia i Anatomii****Poradnia Kardiologiczna****Poradnia Chirurgiczna****Nocna Pomoc Lekarska****Poradnia Leczenia Uzaleznień****Nocna Pomoc Lekarska** | 711,3 m2 | 1 |
| **7** | **Pawilon „B”****(dzierżawa – rezonans magnetyczny, magazyn medyczny)** | 290,5 m2 | 1 |
| **8** | **Budynek warsztatów i podczyszczalni ścieków mech-biologiczna** | 338,5 m2 | 2 |
| **9** | **Budynek Portierni i Stacja TRAFO**  | 69,1 m2 | 1 |
| **10** | **Budynek Magazyn gospodarczy** | 155,0 m2 | 2 |
| **11** | **Pawilon „H”****Wypisy, Aparatura Medyczna** | 184,0 m2 | 1 |
| **12** | **Budynek stolarni + budynek magazyn butli tlenowy** | 127,2 m2 | 1 |
| **13** | **Budynek Wentylatorni** | 113,0 m2 | 1 |
| **14** | **Budynek Spalarni Odpadów** | 146,3 m2 | 1 |
| **15** | **Pawilon „G”****Budynek Administracyjny** **Poradnia Okulistyczna****Poradnia Onkologiczna** **Poradnia Dermatologiczna****Poradnia Gastroenterologiczna** | 904,6 m2 | 2 |
| **16** | **Budynek Węzła cieplnego** | 97,5 m2 | 1 |
| **17** | **Pawilon „I”****Pawilon Stacji Dializ i Oddziału Nefrologii** | 977,27m2 | 2 |
| **18** | **Pawilon Usługowo-Handlowy - dzierżawy****ul. Kopernika 5****Hurtownia Zabawek Super Cena****Aparaty Słuchowe Almed****Studio Protetyki** | 985 m2 | 2 |
| **19****a)****b)** | **Przychodnia Rejonowa** **ul.Wita Stwosza 1****budynek stary dzierżawy****Protetyka****Kwiaciarnia****budynek nowy****Poradnia Położniczo-Ginekologiczna****Poradnia Neurologiczna****Poradnia Neurologiczna dla dzieci i młodzieży****Poradnia Zdrowia Psychicznego****Poradnia Medycyny Pracy****Punkt Pobrań – dzierżawa CDL** | 455 m2705 m2 | 1 |

 ……………………………….

*Podpis osoby upoważnionej*