

## Ogłoszenie o wyniku postępowania Usługi

„Świadczenie usług transportowych i transportu sanitarnego dla Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.”

### SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

#### 1.1.) Rola zamawiającego

Postępowanie prowadzone jest samodzielnie przez zamawiającego

1.2.) Nazwa zamawiającego: Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych -ZOZ S.A.

1.4) Krajowy Numer Identyfikacyjny: REGON 390760852

#### 1.5) Adres zamawiającego

1.5.1.) Ulica: Kard. B. Kominka 7

1.5.2.) Miejscowość: Polkowice

1.5.3.) Kod pocztowy: 59-101

1.5.4.) Województwo: dolnośląskie

1.5.5.) Kraj: Polska

1.5.6.) Lokalizacja NUTS 3: PL516 - Legnicko-głogowski

1.5.9.) Adres poczty elektronicznej: zamowieniapubliczne@pcuz.eu

1.5.10.) Adres strony internetowej zamawiającego: www.pcuz.pl

1.6.) Adres strony internetowej prowadzonego postępowania:

<http://pcuz.sisco.info>

1.7.) Rodzaj zamawiającego: Zamawiający publiczny - inny zamawiający

Podmiot leczniczy - przedsiębiorstwo prowadzące działalność medyczną

1.8.) Przedmiot działalności zamawiającego: Zdrowie

### SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE

#### 2.1.) Ogłoszenie dotyczy:

Zamówienia publicznego

2.2.) Ogłoszenie dotyczy usług społecznych i innych szczególnych usług: Nie

#### 2.3.) Nazwa zamówienia albo umowy ramowej:

„Świadczenie usług transportowych i transportu sanitarnego dla Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.”

2.4.) Identyfikator postępowania: ocds-148610-7aad341c-63f9-11eb-86b1-a64936a8669f

2.5.) Numer ogłoszenia: 2021/BZP 00034424/01

2.6.) Wersja ogłoszenia: 01

2.7.) Data ogłoszenia: 2021-04-16 14:07

2.8.) Zamówienie albo umowa ramowa zostały ujęte w planie postępowań: Tak

2.9.) Numer planu postępowań w BZP: 2021/BZP 00005046/02/P

2.10.) Identyfikator pozycji planu postępowań:

1.3.2 Świadczenie usług transportowych i transportu sanitarnego dla Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych - ZOZ S.A. w Polkowicach

2.11.) Czy zamówienie albo umowa ramowa dotyczy projektu lub programu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej: Nie

2.13.) Zamówienie/umowa ramowa było poprzedzone ogłoszeniem o zamówieniu/ogłoszeniem o zamiarze zawarcia umowy: Tak

2.14.) Numer ogłoszenia: 2021/BZP 00005703/02

### SEKCJA III – TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA LUB ZAWARCIA UMOWY RAMOWEJ

3.1.) Tryb udzielenia zamówienia wraz z podstawą prawną Zamówienie udzielane jest w trybie podstawowym na podstawie: art. 275 pkt 2 ustawy

### SEKCJA IV – PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

4.1.) Numer referencyjny: DZP-3/2021

4.2.) Zamawiający udziela zamówienia w częściach, z których każda stanowi przedmiot odrębnego postępowania: Nie

#### Część 1

##### 4.5.1.) Krótki opis przedmiotu zamówienia

I. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług transportowych i transportu sanitarnego dla Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A., na terenie głównie województwa Dolnośląskiego, w szczególności Gmina Polkowice, Lubin, Głogów:1. Część 1: świadczenie usług transportowych - transport osobowy;II. Szczegółowy opis oraz sposób realizacji zamówienia:1. w zakresie świadczenia usług transportowych - transport osobowy (część 1):1) Usługi świadczone będą od poniedziałku do niedzieli w godz. 7.00-20.00, 365 dni w roku; 2) Wykonawca posiada min. 1 samochód osobowy (5 osobowy) oraz do dyspozycji na żądanie samochód osobowo - dostawczy typu bus (dostosowany do przewozu mebli, dużych kartonów, butli z tlenem 2, 5, 10 litrów, sprzętu medycznego, itp.). Samochody powinny być utrzymywane w nienaganej czystości. 3) Czas oczekiwania na transport osobowy nie dłuższy niż 15 min. W czasie trwania epidemii COVID -19 nie dłuższy niż 60 min.4) Usługi świadczone będą na zasadach rozliczeń bezgotówkowych na podstawie wypełnianych kart przewozu, na których pracownik Zamawiającego na bieżąco potwierdzi wykonanie usługi przewozu. Wykonawca przekazuje zapłatę za wykonanie usługi na podstawie zestawienia przekazanych przewozów wykonanych w miesiącu poprzedzającym wystawienie faktury wraz ze zleceniami/kartami przewozu stanowiącymi podstawę rozliczenia. Zestawienie przewozu Wykonawca przekazuje Zamawiającemu w formie pisemnej.5) Zamawiający wymaga, aby przez cały okres realizacji umowy Wykonawca posiadał ważne umowy ubezpieczenia, w tym ubezpieczenie OC, AC, NNW i ważne badania techniczne pojazdu. W sytuacji, gdy w trakcie obowiązywania umowy umowa ubezpieczenia wygaśnie, Wykonawca będzie zobowiązany zawrzeć nową umowę ubezpieczenia w takim terminie, aby zapewnić ciągłość wykonywania przedmiotowej umowy. Wartość i zakres rzeczowy umowy ubezpieczenia musi być zgodny z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.6) W okresie od kwietnia do września samochody wyposażone w

klimatyzację.7) Wykonawca we własnym zakresie zapewni kierowcę posiadającego wszelkie zezwolenia do prowadzenia pojazdów, które będzie obsługiwać oraz znającego topografię województwa Dolnośląskiego. Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia obsługi samochodów przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach i odpowiednim stanie zdrowia, a w przypadku niedyspozycji kierowcy do niezwłocznego zapewnienia zastępstwa, niezależnie od przyczyny niedyspozycji. 8) Pojazd obowiązkowo musi być przygotowany zgodnie z przeznaczeniem oraz odpowiednio oznakowany.9) Zakres zadań wykonywanych przez kierowcę:a) wykonywanie usług transportowych oraz prac za i wyładowczych przewożonego sprzętu według potrzeb (transport osób, paczek, wyposażenia, materiałów biurowych, mebli, artykułów medycznych, sprzętu medycznego.b) wykonywanie usług transportowych z pielęgniarkami - środowisko - rodzinnymi,c) wykonywanie usług transportowych z położnymi - środowisko - rodzinnymi,d) transport sprzętu niezbędnego do zabezpieczenia medycznego imprez,e) transport dokumentacji po placówkach szkolnych, urzędach itp.f) transport i odbieranie materiału biologicznego, zakaźnego, krwi i preparatów krwiopodobnych (Wykonawca w ramach realizacji zamówienia wyposaży środek transportu w pasywną skrzynię izotermiczną - czas podtrzymania temperatury powietrza wewnątrz skrzyni do 5 st. C przez minimum 3 h ( i do 10 st. C przy temperaturze zewnętrznej 30 st. C).g) bieżące wypełnianie kart przewozu,10) Niezbędne jest określenie przez Wykonawcę telefonów kontaktowych oraz innych ustaleń niezbędnych dla sprawnego i terminowego wykonania zamówienia.11) Pojazdy używane do realizacji usług powinny być nie starsze niż :a) 5 lat w zakresie samochodu osobowego (5 osobowy), b) 12 lat w zakresie samochodu osobowo-dostawczego typu bus.12) Wykonawca powinien mieć możliwość natychmiastowego podstawienia środka transportu osobowego zamiennego w przypadku awarii środka używanego aktualnie. 13) Udokumentowanie zlecenia wyjazdu powinno odbywać się na podstawie wypełnianej karty drogowej. 14) Minimalny termin płatności wynosi 21 dni, z zastrzeżeniem, że termin płatności stanowi jedno z kryterium oceny ofert.3. Szacunkowa ilość km jaką Zamawiający osiąga w miesiącu: 1) dla części 1: średnio 2 500 km/miesiąc w zakresie usługi transportowej, tj. 30 000 km/ 12 miesięcy. (W miesiącach sierpień - listopad 2019 przejechano 10.823 km).

**4.5.3.) Główny kod CPV:** 60100000-9 - Usługi w zakresie transportu drogowego

**4.5.4.) Dodatkowy kod CPV:**

60171000-7 - Wynajem samochodów osobowych wraz z kierowcą

**4.5.5.) Wartość części:** 64814,81 PLN

## Część 2

### 4.5.1.) Krótki opis przedmiotu zamówienia

I. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług transportowych i transportu sanitarnego dla Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A., na terenie głównie województwa Dolnośląskiego, w szczególności Gmina Polkowice, Lubin, Głogów:1. Część 2: świadczenie usług transportu sanitarnego.II. Szczegółowy opis oraz sposób realizacji zamówienia:1. w zakresie świadczenia usług transportu sanitarnego (dla części 2):1) Usługi świadczone będą od poniedziałku - piątku w godz. 18.00 - 6:00, soboty, niedziele i święta przez 24 godziny na dobę. W zakresie przewozu krwi usługi świadczone będą w poniedziałki, wtorki, środy, sporadycznie w czwartki i w soboty w godz. 10.00 - 13.00. W zakresie transportu na potrzeby ZOL (Zakładu Opiekuńczo Leczniczego) od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 - 15.00 2) Zakres zadań wykonywanych przez transport sanitarny:a) dowóz pielęgniarek, lekarzy, pracowników, z pacjentem lub do pacjenta,b) transport sprzętu medycznego ,c) dowóz pacjenta do placówek medycznych POZ, szpitala lub w miejsce wskazane przez lekarza,d) dowóz pacjentów ZOL celem konsultacji lub badań diagnostycznych w ościennych szpitalach,3) Wykonawca jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji statystycznej, stosownie do obowiązujących przepisów prawa. Usługi świadczone będą na zasadach rozliczeń bezgotówkowych na

podstawie wypełnianych zleceń oraz kart przewozu, na których pracownik Zamawiającego na bieżąco potwierdzi wykonanie usługi przewozu. Wykonawca przekazuje zapłatę za wykonanie usługi na podstawie zestawienia przekazanych przewozów wykonanych w miesiącu poprzedzającym wystawienie faktury wraz ze zleceniami/kartami przewozu stanowiącymi podstawę rozliczenia. Zestawienie przewozu Wykonawca przekazuje Zamawiającemu w formie pisemnej.4) Zamawiający wymaga, aby przez cały okres realizacji umowy Wykonawca posiadał ważne umowy ubezpieczenia w tym ubezpieczenie OC, AC, NNW i ważne badania techniczne pojazdu. W sytuacji, gdy w trakcie obowiązywania umowy umowa ubezpieczenia wygaśnie, Wykonawca będzie zobowiązany zawrzeć nową umowę ubezpieczenia w takim terminie, aby zapewnić ciągłość wykonywania przedmiotowej umowy. Wartość i zakres rzeczowy umowy ubezpieczenia musi być zgodny z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.5) Wykonawca powinien posiadać środek transportu sanitarnego typu A2 o cechach technicznych i jakościowych oraz podstawowym wyposażeniu określonym dla środków transportu medycznego w Polskich normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane z obsadą kadrową zapewniającą wykonywanie przewozów z zachowaniem warunków o których mowa w Rozdziale 8 Zarządzenia nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r.6) Wykonawca zapewni 2 wykwalifikowanych pracowników, posiadających niezbędne uprawnienia.7) Zamawianie usług odbywać się będzie na podstawie zlecenia i telefonicznie.8) Zamawiający wymaga, aby Wykonawca spełniał poniższe warunki:a) był w gotowości, przez co należy rozumieć przyjmowanie zgłoszeń oraz wykonywanie zleconej usługi, w tym również w dni wolne od pracy, niedziele i święta;b) był punktualny - czas reakcji na zgłoszenie (zlecenie przewozu): w przypadkach nagłych - natychmiast, w pozostałych przypadkach - w terminie uzgodnionym z Zamawiającym, c) posiadał środek transportu sanitarnego:- spełniający wszelkie wymagania sanitarne i techniczne określone m. in. w Rozdziale 8 Zarządzenia nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna; - wykonywał usługę środkiem transportu, którego stan techniczny zapewniać będzie pełne bezpieczeństwo przewożonym osobom i odpowiednią temperaturę dostosowaną do pory roku (samochód wyposażony w klimatyzację);- wykonywał usługę środkiem transportu wyposażonym w sygnalizację świetlno-dźwiękową wymaganą dla pojazdów uprzywilejowanych na podstawie zezwolenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji na używanie sygnalizacji w ruchu drogowym;- obsługiwany przez zespół w składzie zgodnie z obowiązującymi przepisami i Zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; 9) środki transportu są sprawne technicznie, mają aktualne badania techniczne oraz posiadają aktualne ubezpieczenie AC, OC i NW;10) Wykonawca oświadcza, iż spełnia wszystkie stawiane wymagania oraz zobowiązuje się, że podda się kontrolom w zakresie dotyczącym realizacji zleconej usługi (umowy).11) Udokumentowanie zlecenia wyjazdu powinno odbywać się na podstawie wypełnianej karty drogowej. 12) Transport pacjentów odbywać się będzie na ryzyko Wykonawcy. Wykonawca poniesie pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone Zamawiającemu i osobom trzecim w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania przedmiotu zamówienia. 13) Wykonawca zobowiązany będzie do przestrzegania ustawy o ochronie danych osobowych oraz wszystkich innych przepisów dotyczących ochrony danych medycznych;14) Wykonawca powinien mieć możliwość natychmiastowego podstawienia środka transportu sanitarnego zmiennego w przypadku awarii środka używanego aktualnie. 15) Pojazdy używane do realizacji usług powinny być nie starsze niż 7 lat.16) Minimalny termin płatności wynosi 21 dni, z zastrzeżeniem, że termin płatności stanowi jedno z kryterium oceny ofert.3. Szacunkowa ilość km jaką Zamawiający osiąga w miesiącu: 1) dla część 2: w zależności od okoliczności średnia 1 600 km/miesiąc w zakresie transportu sanitarnego, tj. 19 200 km/12 miesięcy.

**4.5.3.) Główny kod CPV:** 60100000-9 - Usługi w zakresie transportu drogowego

**4.5.4.) Dodatkowy kod CPV:**

60130000-8 - Usługi w zakresie specjalistycznego transportu drogowego osób

60171000-7 - Wynajem samochodów osobowych wraz z kierowcą

**4.5.5.) Wartość części: 155000 PLN**

## **SEKCJA V ZAKOŃCZENIE POSTĘPOWANIA**

### **Część 1**

## **SEKCJA V ZAKOŃCZENIE POSTĘPOWANIA (dla części 1)**

**5.1.) Postępowanie zakończyło się zawarciem umowy albo unieważnieniem postępowania:**  
Postępowanie/cześć postępowania zakończyła się zawarciem umowy

## **SEKCJA VI OFERTY (dla części 1)**

**6.1.) Liczba otrzymanych ofert lub wniosków: 3**

**6.1.1.) Liczba otrzymanych ofert wariantowych: 0**

**6.1.2.) Liczba ofert dodatkowych: 1**

**6.1.3.) Liczba otrzymanych od MŚP: 3**

**6.1.4.) Liczba ofert wykonawców z siedzibą w państwach EOG innych niż państwo zamawiającego: 0**

**6.1.5.) Liczba ofert wykonawców z siedzibą w państwie spoza EOG: 0**

**6.1.6.) Liczba ofert odrzuconych, w tym liczba ofert zawierających rażąco niską cenę lub koszt: 2**

**6.1.7.) Liczba ofert zawierających rażąco niską cenę lub koszt: 0**

**6.2.) Cena lub koszt oferty z najniższą ceną lub kosztem: 81000**

**6.3.) Cena lub koszt oferty z najwyższą ceną lub kosztem: 81000**

**6.4.) Cena lub koszt oferty wykonawcy, któremu udzielono zamówienia: 81000**

**6.5.) Do wyboru najkorzystniejszej oferty zastosowano aukcję elektroniczną: Nie**

**6.6.) Oferta wybranego wykonawcy jest ofertą wariantową: Nie**

## **SEKCJA VII WYKONAWCA, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA (dla części 1)**

**7.1.) Czy zamówienie zostało udzielone wykonawcom wspólnie ubiegającym się o udzielenie zamówienia: Nie**

### **Wykonawca**

**7.2.) Wielkość przedsiębiorstwa wykonawcy: Mały przedsiębiorca**

**7.3.) Dane (firmy) wykonawcy, któremu udzielono zamówienia:**

**7.3.1) Nazwa (firma) wykonawcy, któremu udzielono zamówienia: TransMed s.c.**

**7.3.2) Krajowy Numer Identyfikacyjny: 9251714339**

**7.3.3) Ulica: Traugutta 1**

**7.3.4) Miejscowość:** Nowa Sól

**7.3.5) Kod pocztowy:** 67-100

**7.3.6.) Województwo:** lubuskie

**7.3.7.) Kraj:** Polska

**7.3.8.) Czy wykonawca przewiduje powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom?:** Nie

#### **SEKCJA VIII UMOWA (dla części 1)**

**8.1.) Data zawarcia umowy:** 2021-04-01

**8.2.) Wartość umowy/umowy ramowej:** 81000,00

**8.3.) Okres realizacji zamówienia albo umowy ramowej:** 12 miesiące

#### **Część 2**

#### **SEKCJA V ZAKOŃCZENIE POSTĘPOWANIA (dla części 2)**

**5.1.) Postępowanie zakończyło się zawarciem umowy albo unieważnieniem postępowania:**  
Postępowanie/cześć postępowania zakończyła się zawarciem umowy

#### **SEKCJA VI OFERTY (dla części 2)**

**6.1.) Liczba otrzymanych ofert lub wniosków:** 1

**6.1.1.) Liczba otrzymanych ofert wariantowych:** 0

**6.1.2.) Liczba ofert dodatkowych:** 1

**6.1.3.) Liczba otrzymanych od MŚP:** 1

**6.1.4.) Liczba ofert wykonawców z siedzibą w państwach EOG innych niż państwo zamawiającego:** 0

**6.1.5.) Liczba ofert wykonawców z siedzibą w państwie spoza EOG:** 0

**6.1.6.) Liczba ofert odrzuconych, w tym liczba ofert zawierających rażąco niską cenę lub koszt:** 0

**6.1.7.) Liczba ofert zawierających rażąco niską cenę lub koszt:** 0

**6.2.) Cena lub koszt oferty z najniższą ceną lub kosztem:** 441600

**6.3.) Cena lub koszt oferty z najwyższą ceną lub kosztem:** 441600

**6.4.) Cena lub koszt oferty wykonawcy, któremu udzielono zamówienia:** 441600

**6.5.) Do wyboru najkorzystniejszej oferty zastosowano aukcję elektroniczną:** Nie

**6.6.) Oferta wybranego wykonawcy jest ofertą wariantową:** Nie

#### **SEKCJA VII WYKONAWCA, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA (dla części 2)**

**7.1.) Czy zamówienie zostało udzielone wykonawcom wspólnie ubiegającym się o udzielenie zamówienia:** Nie

#### **Wykonawca**

**7.2.) Wielkość przedsiębiorstwa wykonawcy:** Mały przedsiębiorca

**7.3.) Dane (firmy) wykonawcy, któremu udzielono zamówienia:**

**7.3.1) Nazwa (firma) wykonawcy, któremu udzielono zamówienia:** TransMed s.c.

**7.3.2) Krajowy Numer Identyfikacyjny:** 9251714339

**7.3.3) Ulica:** Traugutta 1

**7.3.4) Miejscowość:** Nowa Sól

**7.3.5) Kod pocztowy:** 67-100

**7.3.6.) Województwo:** lubuskie

**7.3.7.) Kraj:** Polska

**7.3.8.) Czy wykonawca przewiduje powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom?:** Nie

## **SEKCJA VIII UMOWA (dla części 2)**

**8.1.) Data zawarcia umowy:** 2021-04-01

**8.2.) Wartość umowy/umowy ramowej:** 441600,00

**8.3.) Okres realizacji zamówienia albo umowy ramowej:** 12 miesiące