Piła, dnia 02.02.2024 r.

FZP.III-241/12/24/ZO

**Z M I A N A T R E Ś C I**

**ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

*dotyczy: postępowania pod hasłem* „**ŚWIADCZENIE OBSŁUGI PRAWNEJ NA RZECZ SZPITALA II”**

Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica informuje, że dokonuje modyfikacji zapytania ofertowego:

1. **w punkcie 8.1 oraz punkcie 8.2**

**z brzmienia:**

* 1. Ofertę za pośrednictwem platformy zakupowej należy złożyć nie później niż do dnia 05.02.2024 roku do godziny 10:30.
	2. Otwarcie ofert odbędzie się w dniu05.02.2024 r. o godz. 10:35.

**na brzmienie:**

* 1. Ofertę za pośrednictwem platformy zakupowej należy złożyć nie później niż do dnia **07.02.2024** roku do godziny 10:30.
	2. Otwarcie ofert odbędzie się w dniu **07.02.2024 r.** o godz. 10:35**.**
1. **w punkcie 6.1 oraz punkcie 6.2**

**z brzmienia:**

* 1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę w języku polskim za pośrednictwem platformy zakupowej, w formie elektronicznej.
	2. Formularz ofertowy i wszystkie załączone dokumenty muszą być podpisane przez Wykonawcę (dokument należy podpisać podpisem elektronicznym: kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym bądź wydrukowany dokument podpisać własnoręcznie, zeskanować - załączyć do oferty poprzez platformę zakupową). Oferta winna być podpisana zgodnie z zasadami reprezentacji wskazanymi we właściwym rejestrze.

**na brzmienie:**

* 1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę w języku polskim za pośrednictwem platformy zakupowej.
	2. Formularz ofertowy musi być podpisany przez Wykonawcę (dokument należy podpisać podpisem elektronicznym: kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym bądź wydrukowany dokument podpisać własnoręcznie, zeskanować - załączyć do oferty poprzez platformę zakupową). Oferta winna być podpisana zgodnie z zasadami reprezentacji wskazanymi we właściwym rejestrze.
1. **w pkt. 4 opis przedmiotu zamówienia (załącznik nr 2 do zapytania ofertowego)**

**z brzmienia:**

1. Miejsce i czas realizacji przedmiotu zamówienia: siedziba Szpitala Specjalistycznego w Pile im. Stanisława Staszica w terminach i godzinach uzgodnionych z Zamawiającym. Pomoc będzie świadczona przez wyznaczonego prawnika spełniającego warunki, o których mowa poniżej przez 5 dni w tygodniu, z czego minimum 3 dni w siedzibie Szpitala, nie mniej niż 24 godziny łącznie, w tym 6 godzin w jednym dniu zgodnie z harmonogramem uzgodnionym ze Szpitalem, a w razie potrzeby również zdalnie, tj. telefonicznie lub elektronicznie.

**na brzmienie:**

1. Miejsce i czas realizacji przedmiotu zamówienia: siedziba Szpitala Specjalistycznego w Pile im. Stanisława Staszica w terminach i godzinach uzgodnionych z Zamawiającym. Pomoc będzie świadczona przez wyznaczonego prawnika spełniającego warunki, o których mowa poniżej przez 5 dni w tygodniu, z czego minimum 3 dni w siedzibie Szpitala, nie mniej niż 24 godziny łącznie, w tym **8 godzin** w jednym dniu zgodnie z harmonogramem uzgodnionym ze Szpitalem, a w razie potrzeby również zdalnie, tj. telefonicznie lub elektronicznie.
2. **w § 1 ust. 2 projektu umowy (załącznik nr 3 do zapytania ofertowego)**

**z brzmienia:**

1. W ramach wykonywania Umowy pomoc będzie świadczona 5 dni w tygodniu, z czego minimum 3 dni w siedzibie Szpitala, tj. 24 godziny łącznie, w tym min. 6 godzin w jednym dniu. Pomoc będzie świadczona zgodnie z harmonogramem uzgodnionym ze Szpitalem, a w razie potrzeby również zdalnie, tj. telefonicznie pod nr telefonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lub drogą elektroniczną na adres mailowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**na brzmienie:**

1. W ramach wykonywania Umowy pomoc będzie świadczona 5 dni w tygodniu, z czego minimum 3 dni w siedzibie Szpitala, tj. 24 godziny łącznie, w tym min. **8 godzin** w jednym dniu. Pomoc będzie świadczona zgodnie z harmonogramem uzgodnionym ze Szpitalem, a w razie potrzeby również zdalnie, tj. telefonicznie pod nr telefonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lub drogą elektroniczną na adres mailowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **termin płatności:**
3. w punkcie 4.3

 **z brzmienia:**

1. Termin płatności wynosi 30 dni od daty doręczenia faktury VAT Zamawiającemu.

**na brzmienie:**

1. Termin płatności wynosi **22 dni** od daty doręczenia faktury VAT Zamawiającemu.
2. w §3 ust. 4 projektu umowy (załącznik nr 3 do zapytania ofertowego)

**z brzmienia:**

1. Wynagrodzenie płatne będzie na rachunek bankowy Kancelarii wskazany na fakturze, w terminie 30 dni, od dnia doręczenia przez Kancelarię prawidłowo wystawionej faktury wraz ze sprawozdaniem, o którym mowa w §1 Umowy.

**na brzmienie:**

1. Wynagrodzenie płatne będzie na rachunek bankowy Kancelarii wskazany na fakturze, w terminie **22 dni**, od dnia doręczenia przez Kancelarię prawidłowo wystawionej faktury wraz ze sprawozdaniem, o którym mowa w §1 Umowy.
2. **formularz ofertowy** (załącznik nr 1 do zapytania ofertowego) w zakresie terminu płatności: z 30 dni na 22 dni, oraz ilości miesięcy z 24 na 12 (cena brutto) – zmodyfikowany dokument w załączeniu.

# Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Przedmiot zamówienia*** | **ŚWIADCZENIE OBSŁUGI PRAWNEJ NA RZECZ SZPITALA II** |
| ***Zamawiający*** | ***Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica; 64–920 Piła, ul. Rydygiera Ludwika 1*** |
| ***WYKONAWCA******adres,******telefon******NIP / REGON******e-mail******KRS/CEiDG*** |  |
| ***CENA BRUTTO******Oferowana wartość******za 12 miesięcy****(podlega ocenie)* | **wartość brutto:** VAT %:  |
| ***Cena za 1 dzień obsługi prawnej***  | **wartość brutto:** |
| ***Termin płatności*** | **22** **dni** |
| ***Termin realizacji zamówienia*** |  **12 miesięcy** |
| ***Oświadczamy, że:*** |
| * zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego żadnych uwag oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
* w przypadku wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej, zobowiązujemy się do zawarcia pisemnej umowy w terminie i w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz na warunkach określonych we wzorze umowy.
* czujemy się związani ofertą przez okres 30 dni, licząc od upływu składania ofert
* zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy zastrzeżeń, co do jej treści
* cena brutto podana w niniejszym formularzu zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty
* zapoznaliśmy się z informacją RODO
* oferowane usługi/dostawy spełniają wymagania określone przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym
 |
| * **posiadam minimum 5-letnie doświadczenie w obsłudze prawnej podmiotów leczniczych w tym minimum 3 lata w SPZOZ na stanowisku radcy prawnego bądź adwokata.**
* **Posiadam doświadczenie w obsłudze spraw w okresie ostatnich 5 lat, licząc od daty złożenia oferty:**
* **dot. błędów medycznych, gdzie wartość przedmiotu sporu wynosiła łącznie 1 000 000,00 zł brutto.**
* **postępowań przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych – min. 3 sprawy**
* posiadam wiedzę, doświadczenie i dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia
 |
| * nie podlegam wykluczeniu z art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022 poz. 835).
 |

**ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**

1. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
2. osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:

|  |
| --- |
|  |

1. osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest:

|  |
| --- |
|  |

 Telefon, e-mail:

|  |
| --- |
|  |

Oświadczamy, iż powyższe zamówienie: \**w całości zrealizujemy sami / zrealizujemy przy udziale podwykonawcy*: …………………………………. \* niepotrzebne skreślić

***Dokument należy podpisać podpisem elektronicznym: kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym bądź wydrukowany dokument podpisać własnoręcznie, zeskanować - załączyć do oferty poprzez platformę zakupową.***