

Siedlce, 10 kwietnia 2019 r.

EE.2811.39.2019

Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św.
Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.
ul. Poniatowskiego 26
08-110 Siedlce

ZAPYTANIE OFERTOWE

Zgodnie z art.4 ust.8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2018 r. Nr 1986, z późn. zm.)

W związku z realizacją projektu „Dofinansowanie zakupu sprzętu medycznego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.” dofinansowanego ze środków UE w ramach POIiŚ 2014-2020, Priorytet IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia, Działanie 9.1. Infrastruktura ratownictwa medycznego, prosimy o przedstawienie oferty na świadczenie usługi obsługi finansowej projektu.

1. Przedmiot zamówienia obejmuje:
 - a) bieżącą korespondencję z Instytucją Wdrażającą,
 - b) weryfikacja dokumentów finansowych, pod kątem zgodności z harmonogramem rzeczowo-finansowym,
 - c) przygotowywanie harmonogramów, aktualizacje harmonogramu rzeczowo-finansowego zgodnie ze stanem faktycznym,
 - d) sporządzanie wniosków o płatności częściowe i płatność końcową,
 - e) doradztwo w zakresie rozliczania dofinansowania, dokumentacji księgowej, sporządzania niezbędnych sprawozdań z realizacji Projektu,
 - f) złożenie sprawozdania końcowego po zakończeniu realizacji Projektu.
2. Przewidywany termin realizacji zamówienia: od daty zawarcia umowy do 30.07.2019 r.
3. Warunki płatności:
 - a) faktury będą wystawiane po każdym zakończonym miesiącu realizacji usługi,
 - b) termin płatności faktur – 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
4. Sposób przygotowania oferty:
 - a) Ofertę należy sporządzić w języku polskim na załączonym druku "OFERTA".
 - b) Oferta winna być podpisana przez osobę upoważnioną.
 - c) W przypadku złożenia oferty osobiście lub drogą pocztową na kopercie należy umieścić napis „Zapytanie ofertowe na świadczenie usługi obsługi finansowej projektu”
5. Ofertę należy złożyć w terminie do dnia 19.04.2019 godzina 15.00 w wybranej formie:
 - pisemnej (osobiście, listownie) na adres: Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.; ul. Poniatowskiego 26; 08-110 Siedlce, pok. 103;
 - w wersji elektronicznej na e-mail: b.medza@szpital.siedlce.pl .
6. Przy ocenie ofert Zamawiający będzie kierował się następującymi kryteriami:

Cena brutto -100%

Cena oferty brutto (z podatkiem VAT) za realizację przedmiotu zamówienia, na którą powinny składać się wszelkie koszty ponoszone przez Wykonawcę.

Waga – udział % w ocenie 100%



7. Wymagania jakim musi się wykazać Wykonawca¹:
- a) wykształcenie wyższe magisterskie w zakresie finansów lub analizy finansowej lub rachunkowości
 - b) min. 10 lata doświadczenia w rozliczaniu projektów unijnych
 - c) min. 10 rozliczonych projektów finansowanych ze środków UE, w tym: 5 dla podmiotów służby zdrowia, 3 w ramach POIS.
8. Pozostałe wymagania:
- d) znajomość zasad rachunkowości jednostek służby zdrowia
 - e) znajomość wytycznych w ramach POIiŚ 2014-2020
 - f) znajomość systemów SL2014,
 - g) znajomość systemów pracy zdalnej
 - h) zaawansowana znajomość MS Office
 - i) dyspozycyjność 5 dni w tygodniu w godzinach 8:00-20:00

CZŁONEK ZARZĄDU

Dariusz Młynarczyk

.....
podpis

¹ Wymagane doświadczenie może spełniać łącznie więcej niż jedna osoba.

EE.2811.39.2019

.....
miejsowość, data

OFERTA

na świadczenie usługi obsługi finansowej projektu „Dofinansowanie zakupu sprzętu medycznego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.” dofinansowanego ze środków UE w ramach POIiŚ 2014-2020, Priorytet IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia, Działanie 9.1. Infrastruktura ratownictwa medycznego.

1. Nazwa Zamawiającego

.....

2. Nazwa i siedziba Wykonawcy:

.....

3. Oferuję wykonanie usługi będącej przedmiotem zamówienia, zgodnie z zakresem przedmiotu zamówienia, łącznie na kwotę w wysokości:

- a) Netto: zł. (słownie: zł)
- b) VAT: zł (słownie: zł)
- c) Brutto: zł. (słownie: zł)

4. Oświadczam, że zawarte w „Zapytaniu ofertowym” warunki akceptuję i zobowiązuję się w przypadku przyjęcia mojej propozycji do zawarcia umowy na w/w warunkach.

5. Oświadczam, że osoby, które będą realizowały przedmiot zamówienia posiadają wymagany doświadczenie.

Imię i Nazwisko ²	
Wykształcenie	
liczba lat doświadczenia w rozliczaniu projektów unijnych	
Wykaz rozliczonych projektów finansowanych ze środków UE, w tym: <ul style="list-style-type: none">• 5 dla podmiotów służby zdrowia• 3 w ramach POIS	

6. Termin związania ofertą: 30 dni.

.....
podpis

² W przypadku wykazania większej liczby osób należy powielić wiersze tabeli.