



**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie**

---

**I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ministerstwo lub inny organ krajowy lub federalny, w tym jednostki regionalne i lokalne | <input type="radio"/> Ogólne usługi publiczne             |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd krajowy lub federalny   | <input type="radio"/> Obrona                              |
| <input type="radio"/> Organ władzy regionalnej lub lokalnej   | <input type="radio"/> Porządek i bezpieczeństwo publiczne |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd regionalny lub lokalny  | <input type="radio"/> Środowisko                          |
| <input type="radio"/> Podmiot prawa publicznego   | <input type="radio"/> Sprawy gospodarcze i finansowe      |
| <input type="radio"/> Instytucja/agencja europejska lub organizacja międzynarodowa                            | <input checked="" type="radio"/> Zdrowie                  |
| <input type="radio"/> Inne (proszę określić):   | <input type="radio"/> Budownictwo i obiekty komunalne     |
|   | <input type="radio"/> Ochrona socjalna                    |
|   | <input type="radio"/> Rekreacja, kultura i religia        |
|   | <input type="radio"/> Edukacja                            |
|   | <input type="radio"/> Inne (proszę określić):             |

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających:

- tak  nie

## Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie

### SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

#### II.1) OPIS

##### II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą

Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie

##### II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług

(Wybrać wyłącznie jedną kategorię – roboty budowlane, dostawy lub usługi – która najbardziej odpowiada konkretnemu przedmiotowi zamówienia lub zakupu)

<input type="radio"/> <b>a) Roboty budowlane</b> <input type="radio"/> Wykonanie <input type="radio"/> Zaprojektowanie i wykonanie <input type="radio"/> Wykonanie, za pomocą dowolnych środków, obiektu budowlanego, odpowiadającego wymogom określonym przez instytucję zamawiającą	<input type="radio"/> <b>b) Dostawy</b> <input type="radio"/> Kupno <input type="radio"/> Dzierżawa <input type="radio"/> Najem <input type="radio"/> Leasing <input type="radio"/> Połączenie powyższych form	<input checked="" type="radio"/> <b>c) Usługi</b> Kategoria usługi: nr <b>17</b> <i>(dla usług kategorii 1-27 zob. załącznik II do dyrektywy 2004/18/WE)</i>
Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych	Główne miejsce realizacji dostawy	Główne miejsce świadczenia usług  Zakład Opiekuńczo Leczniczy Gniezno, ul.Orzeszkowej 27  Kod NUTS <b>PL41</b>

##### II.1.3) Ogłoszenie dotyczy

- Zamówienia publicznego  
 Zawarcia umowy ramowej  
 Utworzenia dynamicznego systemu zakupów (DSZ)

##### II.1.4) Informacje na temat umowy ramowej (jeżeli dotyczy)

<input type="radio"/> Umowa ramowa z kilkoma wykonawcami Liczba <i>LUB, jeżeli dotyczy, maksymalna liczba uczestników planowanej umowy ramowej</i>	<input type="radio"/> Umowa ramowa z jednym wykonawcą
--	---

##### Czas trwania umowy ramowej:

Okres w latach:

lub miesiącach:

Uzasadnienie dla umowy ramowej, której czas trwania przekracza okres czterech lat:

<b>Szacunkowa całkowita wartość zakupów w całym okresie obowiązywania umowy ramowej (jeżeli dotyczy; podać wyłącznie dane liczbowe):</b>	
Szacunkowa wartość bez VAT:	Waluta:
<i>LUB</i> Zakres: między                      a	Waluta:
Częstotliwość oraz wartość zamówień, które zostaną udzielone (jeżeli możliwe do określenia):	

---

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie**

---

**II.1.5) Krótki opis zamówienia lub zakupu(ów)**

1. Przedmiotem zamówienia jest :

a/ przygotowanie i dostarczanie całodziennego wyżywienia do Zakładu

Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie dla około 190 pacjentów;

Odcinek Nr 1 - około 83 pacjentów

Odcinek Nr 2 - około 76 pacjentów

Odcinek Nr 3 - około 31 pacjentów

b/ odbiór pojemników i termosów po każdym spożytym posiłku

c/ mycie i wyparzanie termosów w siedzibie Wykonawcy

d/ odbiór odpadów pokonsumpcyjnych

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie****II.1.6) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	55321000	
Dodatkowe przedmioty	55521200	

**II.1.7) Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA)**

tak  nie

**II.1.8) Podział na części** (w celu podania informacji o częściach zamówienia należy wykorzystać załącznik B w liczbie odpowiadającej liczbie części)

tak  nie

**Jeżeli tak**, oferty należy składać w odniesieniu do (zaznaczyć tylko jedno pole):

tylko jednej części

jednej lub więcej części

wszystkich części

**II.1.9) Dopuszcza się składanie ofert wariantowych**

tak  nie

**II.2) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES ZAMÓWIENIA**

**II.2.1) Całkowita wielkość lub zakres** (w tym wszystkie części i opcje, jeżeli dotyczy)  
[powyżej 193.000 euro](#)

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między                      a	Waluta:

**II.2.2) Opcje** (jeżeli dotyczy)

tak  nie

**Jeżeli tak**, proszę podać opis takich opcji:

Jeżeli jest znany, wstępny harmonogram odwołania się do tych opcji:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
Liczba możliwych wznowień zamówienia (jeżeli dotyczy):	lub Zakres: między	a
Jeżeli jest znany, w przypadku odnawialnych zamówień na dostawy lub usługi, szacunkowe ramy czasowe kolejnych zamówień:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)

**II.3) CZAS TRWANIA ZAMÓWIENIA LUB TERMIN REALIZACJI**

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB Rozpoczęcie	01/01/2011	(dd/mm/rrrr)
Zakończenie	31/12/2014	(dd/mm/rrrr)

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie****SEKCJA III: INFORMACJE O CHARAKTERZE PRAWNYM, EKONOMICZNYM, FINANSOWYM I TECHNICZNYM****III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA****III.1.1) Wymagane wadzia i gwarancje (jeżeli dotyczy)**

1. Przystępując do przetargu Wykonawca zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości 60.000,00 zł (słownie: sześćdziesiąt tysięcy 00/100 złotych). Zgodnie z art. 45 ust. 3 ustawy – Prawo zamówień publicznych, wadium wnosi się przed upływem terminu składania ofert.
2. Wadium może być wniesione w jednej lub kilku następujących formach:
  - a/ pieniądzu
  - b/ poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo – kredytowej, z tym, że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym
  - c/ gwarancjach bankowych
  - d/ gwarancjach ubezpieczeniowych
  - e/ poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 09 listopada 2000r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz. U. Nr 109, poz. 1158 z późniejszymi zmianami)
3. Wadium należy wpłacić przelewem na konto Zamawiającego w Banku Zachodnim WBK I Oddział w Gnieźnie Nr 95 1090 1375 0000 0000 3700 4330 lub wpłacić w kasie Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie.
4. Termin wniesienia wadium ustala się na dzień 28.09.2010r. do godziny 14 00.  
Za datę wniesienia wadium uważać się będzie dzień wpływu środków na konto Zamawiającego lub złożenie oryginału gwarancji lub poręczenia na ręce Zamawiającego w siedzibie Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie przy ul. E. Orzeszkowej 27 pok. Nr 4.
5. Okres ważności wadium musi obejmować cały okres związania ofertą podany w specyfikacji.
6. Oferta, która nie będzie w całości zabezpieczona akceptowaną formą wadium na warunkach określonych w specyfikacji będzie przez Zamawiającego odrzucona.
7. Zwrot i utrata wadium – zgodnie z art. 46 ustawy - Prawo zamówień publicznych.

**III.1.2) Główne warunki finansowania i uzgodnienia płatnicze oraz/lub odniesienie do odpowiednich przepisów je regulujących**

1. Okresem rozliczeniowym za świadczone usługi będzie okres jednego miesiąca kalendarzowego.
2. Rozliczenie wykonania przedmiotu Umowy następować będzie na podstawie faktur wystawionych przez Wykonawcę.
3. Termin płatności ustala się na 15 dni od daty otrzymania faktury.
4. Faktura powinna zawierać:
  - ilość osobodni żywienia x cena
  - ilość niepełnych osobodni żywienia x cena
5. Płatność dokonywana będzie w formie przelewu na rachunek Wykonawcy:
6. Wynagrodzenie z tytułu wykonania umowy może być zbyte w drodze cesji lub innych umów o podobnym charakterze za zgodą zamawiającego.

**III.1.3) Forma prawna, jaką musi przyjąć grupa wykonawców, której zostanie udzielone zamówienie (jeżeli dotyczy)**

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie****III.1.4) Inne szczególne warunki, którym podlega realizacja zamówienia (jeżeli dotyczy)**

tak  nie

Jeżeli tak, opis szczególnych warunków

**III.2) WARUNKI UDZIAŁU****III.2.1) Sytuacja podmiotowa wykonawców, w tym wymogi dotyczące wpisu do rejestru zawodowego lub handlowego**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

O udzielenie zamówienia publicznego mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki określone w art. 21 ust. 1 i nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 i 2 ustawy - PZP oraz spełniają wymagania określone w SIWZ.

Ocena spełnienia warunków udziału w postępowaniu zostanie oceniona na podstawie analizy dokumentów i oświadczeń złożonych przez wykonawcę, poprzez określenie: spełnia, nie spełnia.

Zamawiający żąda dołączenia do oferty:

1. oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia,
2. aktualny odpis z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, a w stosunku do osób fizycznych oświadczenia w zakresie art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy,
3. aktualnego zaświadczenia właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków lub zaświadczenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,
4. aktualnego zaświadczenia właściwego oddziału ZUS lub KRUS potwierdzającego, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymania w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,
5. aktualnej informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,
6. aktualnej informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
7. Wykonawca wraz z ofertą składa oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu (art. 44 ustawy PZP).

Jeżeli Wykonawca, wykazując spełnianie warunków, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy, polega na zasobach innych podmiotów na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy, a podmioty te będą brały udział w realizacji części zamówienia, Zamawiający żąda w odniesieniu do tych podmiotów dokumentów i oświadczeń wymienionych wyżej.

**III.2.2) Zdolność ekonomiczna i finansowa**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów

Ocena zdolności ekonomicznej i finansowej jest dokonywana na podstawie analizy dokumentów i (jeżeli dotyczy):

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie**

oświadczeń złożonych przez wykonawcę, poprzez określenie: spełnia, nie spełnia.

Zamawiający żąda dołączenia do oferty:

1. Bilans, rachunek zysków i strat, a jeżeli podlega on badaniu

przez biegłego rewidenta zgodnie z przepisami o rachunkowości, również z opinią odpowiednio o badaniu wyżej

wymienionych dokumentów, a w przypadku Wykonawców

niezobowiązanych do sporządzenia sprawozdania finansowego, innych dokumentów określających obroty oraz

zobowiązania i należności – za okres nie dłuższy niż 3 ostatnie

lata obrotowe, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest

krótszy – za ten okres – wg załącznika Nr 5 do SIWZ.

2. Informacji banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-

kredytowej, w której Wykonawca posiada rachunek, potwierdzającej wysokość posiadanych środków finansowych

lub zdolności kredytowej Wykonawcy, wystawionej nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

3. Opłaconej polisy oc, a w przypadku jej braku innego dokumentu

potwierdzającego, że Wykonawca jest ubezpieczony od

odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności (suma gwarancyjna na jeden wypadek ubezpieczeniowy – minimum 200.000 PLN).

**III.2.3) Zdolność techniczna**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

Ocena zdolności technicznej jest dokonywana na podstawie analizy dokumentów i oświadczeń złożonych przez wykonawcę, poprzez określenie: spełnia, nie spełnia.

Zamawiający żąda dołączenia do oferty:

1. Wykazu wykonanych usług w zakresie niezbędnym do

wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia, wykonanych w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz załączeniem dokumentu potwierdzającego, że usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie - wg załącznika Nr 7 do SIWZ.

2. Wykazu narzędzi, wyposażenia kuchni i środków dostępnych

Wykonawcy usług w celu realizacji zamówienia wraz z informacją o podstawie dysponowania tymi zasobami – wg

załącznika Nr 6 do SIWZ, oraz załączenie potwierdzonego za

Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów

(jeżeli dotyczy):

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie**

zgodność z oryginałem tytułu prawnego do dysponowania

kuchnią na czas obowiązywania umowy.

3. Oświadczenia na temat wielkości średniego rocznego

zatrudnienia u Wykonawcy usług oraz liczebności personelu

kierowniczego w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu

składania ofert, a w przypadku gdy okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie.

4. Wykazu osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości, wraz z informacją na temat

ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia,

niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu

wykonywanych przez nich czynności oraz informację o podstawie dysponowania tymi osobami – wg załącznika Nr 4 do

SIWZ.

5. Oświadczenia, że osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia,

jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień

(w szczególności wymaga się, że osoby biorące udział w

realizacji zamówienia będą legitymować się aktualnymi badaniami lekarskimi, dopuszczającymi ich do pracy w

kontakcie

z żywnością).

**III.2.4) Zamówienia zastrzeżone (jeżeli dotyczy)**

tak  nie

Zamówienie jest zastrzeżone dla zakładów pracy chronionej

Realizacja zamówienia jest zastrzeżona w ramach programów pracy chronionej

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie**

---

**III.3) SPECYFICZNE WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIEŃ NA USŁUGI****III.3.1) Świadczenie usługi zastrzeżone jest dla określonego zawodu**

tak  nie

**Jeżeli tak**, odniesienie do odpowiednich przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych:

**III.3.2) Osoby prawne powinny wskazać nazwiska oraz kwalifikacje zawodowe pracowników odpowiedzialnych za wykonanie usługi**

tak  nie

## Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie

### SEKCJA IV: PROCEDURA

#### IV.1) RODZAJ PROCEDURY

##### IV.1.1) Rodzaj procedury

<input checked="" type="radio"/> Otwarta	
<input type="radio"/> Ograniczona	
<input type="radio"/> Ograniczona przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Negocjacyjna	Kandydaci zostali już zakwalifikowani <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie <b>Jeżeli tak, należy podać w pkt VI.3) nazwy i adresy zakwalifikowanych już wykonawców Informacje Dodatkowe</b>
<input type="radio"/> Negocjacyjna przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Dialog konkurencyjny	

##### IV.1.2) Ograniczenie liczby wykonawców, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert lub do udziału (procedura ograniczona i negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Przewidywana liczba wykonawców
LUB Przewidywana minimalna liczba            a , jeżeli właściwe, maksymalna liczba
Obiektywne kryteria wyboru ograniczonej liczby kandydatów:

##### IV.1.3) Zmniejszenie liczby wykonawców podczas negocjacji lub dialogu (procedura negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Zastosowanie procedury etapowej w celu stopniowego zmniejszania liczby omawianych rozwiązań lub negocjowanych ofert

tak  nie

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie****IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA****IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia** (proszę zaznaczyć odpowiednie pole(a))

Najniższa cena

LUB

Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

kryteria określone poniżej (kryteria udzielenia zamówienia powinny zostać podane wraz z wagą lub w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego, w przypadku gdy przedstawienie wag nie jest możliwe z oczywistych przyczyn)

kryteria określone w specyfikacji, w zaproszeniu do składania ofert lub negocjacji lub w dokumencie opisowym

Kryteria	Waga	Kryteria	Waga
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

**IV.2.2) Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna**

tak  nie

**Jeżeli tak,** proszę podać dodatkowe informacje na temat aukcji elektronicznej (jeżeli dotyczy)

**IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE****IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą** (jeżeli dotyczy)  
[ZP-1/DA/ZOL/2010](#)**IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia**

tak  nie

**Jeżeli tak,**

<input type="radio"/> Wstępne ogłoszenie informacyjne	<input type="radio"/> Ogłoszenie o profilu nabywcy
Numer ogłoszenia w Dz.U.:	z dnia (dd/mm/rrrr)
<input type="radio"/> Inne wcześniejsze publikacje (jeżeli dotyczy)	

**IV.3.3) Warunki uzyskania specyfikacji i dokumentów dodatkowych** (z wyjątkiem dynamicznego systemu zakupów) lub dokumentu opisowego (w przypadku dialogu konkurencyjnego)

Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów	
Data: (dd/mm/rrrr)	Godzina:
Dokumenty odpłatne	
<input type="radio"/> tak <input checked="" type="radio"/> nie	
<b>Jeżeli tak,</b> Cena (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
Warunki i sposób płatności:	

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie****IV.3.4) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

Data: 29/09/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 09:30

**IV.3.5) Data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału zakwalifikowanym kandydatom (jeżeli możliwe do określenia): (w przypadku procedur ograniczonej i negocjacyjnej oraz dialogu konkurencyjnego)**

Data: (dd/mm/rrrr)

**IV.3.6) Język(i), w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

ES	CS	DA	DE	ET	EL	EN	FR	IT	LV	LT	HU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	FI	SV
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

inny:

**IV.3.7) Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą (procedura otwarta)**

Do: (dd/mm/rrrr)

LUB Okres w miesiącach:

LUB dniach: 60 (od ustalonej daty składania ofert)

**IV.3.8) Warunki otwarcia ofert**

Data: 29/09/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 10:00

Miejsce (jeżeli dotyczy): siedziba Zamawiającego: Gniezno, ul. Orzeszkowej 27 - pok. 1

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (jeżeli dotyczy)

 tak  nie

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie****SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****VI.1) JEST TO ZAMÓWIENIE O CHARAKTERZE POWTARZAJĄCYM SIĘ** (jeżeli dotyczy) tak  nieJeżeli tak, przewidywany czas publikacji kolejnych ogłoszeń: **III kwartał 2014r.****VI.2) ZAMÓWIENIE DOTYCZY PROJEKTU/PROGRAMU FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW WSPÓLNOTOWYCH** tak  nie

Jeżeli tak, odniesienie do projektów i/lub programów:

**VI.3) INFORMACJE DODATKOWE** (jeżeli dotyczy)**VI.4) PROCEDURY ODWOŁAWCZE****VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**Oficjalna nazwa: **Krajowa Izba Odwoławcza**Adres pocztowy: **Ul. Postępu 17**Miejscowość: **Warszawa**Kod pocztowy: **02-676**Kraj: **Polska**Tel.: **22 458 77 77**

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne** (jeżeli dotyczy)

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Kraj:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**VI.4.2) Składanie odwołań** (proszę wypełnić pkt VI.4.2 LUB, jeżeli jest to niezbędne, pkt VI.4.3)

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

1. Odwołanie wnosi się do Prezesa Izby Odwoławczej w Warszawie w formie pisemnej albo elektronicznej opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu.

2. Odwołanie wnosi się w terminie 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności Zamawiającego stanowiącej podstawę jego wszczęcia – jeżeli zostało przesłane faksem, albo w terminie 15 dni jeżeli zostało przesłane w inny sposób.

3. Odwołanie wobec treści ogłoszenia o zamówieniu, a także postanowień SIWZ wnosi się w terminie 10 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczeniu SIWZ na stronie internetowej.

4. Odwołanie wobec czynności innych, niż określone w pkt 2 i pkt 3. w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.

5. Jeżeli Zamawiający nie opublikował ogłoszenia o zamiarze zawarcia umowy lub mimo takiego obowiązku nie przesłał wykonawcy zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty, odwołanie wnosi

---

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie**

---

się nie później niż w terminie:

- 15 dni od dnia zamieszczenia w Biuletynie Zamówień Publicznych albo 30 dni od dnia publikacji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej ogłoszenia o udzieleniu zamówienia
- 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy, jeżeli Zamawiający nie opublikował w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej ogłoszenia o udzieleniu zamówienia.

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie**

---

**VI.4.3) Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań**

Oficjalna nazwa: [Zakład Opiekuńczo Leczniczy](#)  
Adres pocztowy: [Ul. Orzeszkowej 27](#)  
Miejscowość: [Gniezno](#) Kod pocztowy: [62-200](#)  
Kraj: [Polska](#) Tel.: [61 426 24 55](#)  
E-mail: Faks: [61 426 24 58](#)  
Adres internetowy (URL):

**VI.5) DATA WYSŁANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:**

[19/08/2010 \(dd/mm/rrrr\)](#)

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie**

---

**ZAŁĄCZNIK A****DODATKOWE ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE****I) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ DALSZE INFORMACJE**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**II) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ SPECYFIKACJE I DOKUMENTY DODATKOWE (W TYM DOKUMENTY DOTYCZĄCE DIALOGU KONKURENCYJNEGO I DYNAMICZNEGO SYSTEMU ZAKUPÓW)**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**III) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE NALEŻY PRZESYŁAĆ OFERTY/WNIOSKI O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**Usługa żywienia pacjentów Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gnieźnie****ZAŁĄCZNIK B (1)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr NAZWA

**1) KRÓTKI OPIS****2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)****3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między                      a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**