Hrubieszów, dnia 22.10.2018r.

Zamawiający:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11
22-500 Hrubieszów
NIP 9191517717

ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY

Określenie przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest obsługa bankowa rachunków Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie na okres 4 lat od daty podpisania umowy w zakresie parametrów zawartych w opisie przedmiotu zamówienia.

Termin składania ofert: r. do 26.10.2018r. godz.$13^{00.}$

Sposób składania ofert: Ofertę należy składać osobiście, przesłać pocztą (lub kurierem) na adres zamawiającego lub w formie elektronicznej na adres e-mail: zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl

Warunki zamówienia i termin realizacji:

1) Oferta musi zawierać ostateczną cenę obejmującą wszystkie koszty związane z obsługą.
2) Wykonawca jest zobowiązany do bieżącej współpracy z Zamawiającym w trakcie trwania umowy w zakresie wprowadzania ewentualnych uwag i poprawek zgłaszanych przez Zamawiającego.
3) Zamawiający zastrzega sobie możliwość zwrócenia się o dodatkowe wyjaśnienia.
4) Wymagane związanie ofertą 30 dni.
5) Termin realizacji przedmiotu zamówienia 48 m-cy od daty podpisania umowy.
6) O udzielenie zamówienia ubiegać się może Wykonawca który posiada aktualne zezwolenie Komisji Nadzoru Finansowego na prowadzenie działalności zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r., Prawo Bankowe (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r. poz. 1876) bądź inne wymagane właściwymi przepisami prawa zezwolenia lub inne dokumenty uprawniające do prowadzenia działalności w zakresie objętym przedmiotem zamówienia. (Do wglądu przy podpisywaniu umowy)

Opis kryterium oceny ofert:

O wyborze wykonawcy decydować będzie najniższa miesięczna opłata brutto za obsługę rachunków - 100%.

Opis sposobu przygotowania oferty :

1) Każdy Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę obejmującą realizację przedmiotu zamówienia.
2) Ofertę należy sporządzić według formularza oferty (*Załącznik Nr 1* do *Zaproszenia). Podpisana umowa będzie na wzorze Wykonawcy dołączonym do oferty.*

Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest obsługa bankowa rachunków Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie przez okres 4 lat od daty podpisania umowy w następującym zakresie parametrów:

L.p.	Parametry zamówienia
	1) opłata za prowadzenie rachunków pomocniczych (za 1 szt.) (przewidywana liczba od 3 do 5 szt. rachunków)
	2) prowizja za przelewy*: złożone za pośrednictwem usług bankowości elektronicznej: - na rachunki prowadzone w banku - na rachunki prowadzone w innym banku
	3) prowizja za wpłaty gotówkowe otwarte w złotych na rachunek: a) w oddziale banku
	4) prowizja za wypłaty gotówkowe
	5) prowizja za wyciągi bankowe: a) w formie papierowej zbiorczo 1 raz w miesiącu b) w formie pliku elektronicznego po każdej operacji
	6) usługi bankowości elektronicznej: a) instalacja, udostępnienie usługi (za 1 stanowisko) (przewidywana liczba stanowisk szt. 5) b) abonament dla wszystkich kont
	1) oprocentowanie **: do 31 dni powyżej 31 dni

L.p.	Parametry zamówienia
	2) lokata powyżej 1 000 000,00 oprocentowanie** -Po wyżej 31 dni -niestandardowa ilość dni
	Overnight**[1]
	1) środków na rachunkach pomocniczych
IV.	
	1) Zintegrowanie systemu bankowości elektronicznej z programem użytkowanym przez Zamawiającego***
V.	Godziny składania dyspozycji i ich realizacja innym banku
	Na rachunek prowadzony w innym banku: ELIKSIR SORBNET

****) WIBID (adekwatnie do okresu) × wskaźnik**

****) WIBOR (1 m-c) + marża w punktach %**

****[1] automatyczne zakładanie lokat jednodniowych dla środków gromadzonych na wszystkich rachunkach**

*****1.Zapewnienie:**

a) Instalacji systemu w SP ZOZ
b) Szkolenia w zakresie obsługi systemu wskazanych pracowników,
c) Serwis oprogramowania ,
d) usuwania awarii,
e) Zapewnić obsługę gotówkową poprzez placówkę w Hrubieszowie.

2.System bankowości elektronicznej winien zapewniać co najmniej :

f) dokonywanie operacji bankowych(przelewów, zakładanie/ rozwiazywanie lokat,);
g) wgląd w stan i historię operacji przeprowadzonych na własnych rachunkach bankowych;
h) drukowanie wyciągów;
i) płynne współdziałanie systemu bankowości elektronicznej z programem SIS GEM użytkowanym przez SP ZOZ w Hrubieszowie;
j) bezpieczny chroniony hasłami.

Informacje dodatkowe związane z obsług ą bankową rachunków pomocniczych dla**: apteki ogólnodostępnej, ZFŚS, Przechowywania kwot z tytułu wpłaty zabezpieczenia tzw. Wadia**

1. Średni stan środków na rachunkach za rok ubiegły wynosi **200 000,00** zł.

2. Ilość wykonach przelewów (paczek) miesięcznie za pomocą bankowości elektronicznej **30**……

w tym na rachunki prowadzone w banku **5**

w tym na rachunki prowadzone w innym banku **25**

średnia liczba wpłat gotówkowych otwartych wykonanych w miesiącu 18

- średnia kwota wpłaty gotówkowej 4000,00 zł

-średnia wartość lokat w **2017i 2018 roku 3000 000,00**

-średnia ilość lokat w roku **6**

- stawka referencyjna WIBOR i WIBID przy oprocentowaniu lokat **jednomiesięczna**.

- system bankowość elektronicznej dostępny z poziomu **przeglądarki internetowej.**

Apteka Ogólnodostępna jest w trakcie likwidacji co będzie skutkować zamknięciem r-ku do obsługi Apteki Ogólnodostępnej.

zatwierdzam

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie

mgr inż. Artur Macheta

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY	
PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	Przedmiotem zamówienia jest obsługa bankowa rachunków Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie na okres 4 lat od daty podpisania umowy w zakresie parametrów zawartych w opisie przedmiotu zamówienia.
ZAMAWIAJĄCY	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie ul. Piłsudskiego 11, 22-500 Hrubieszów, NIP 9191517717
TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ	Oferta obowiązuje 30 dni od daty złożenia
NAZWA I SIEDZIBA WYKONAWCY, NIP, TELEFON Adres poczty elektronicznej	
CENA OFERTOWA W ZŁ NETTO / BRUTTO OGÓŁEM (CYFROWO I SŁOWNIE)	miesięczna opłata brutto za obsługę rachunków - .....zł Wartość(za okres 48 m-cy) NETTO:.....zł (słownie netto zł:.....) BRUTTO: .....zł (słownie brutto zł .....)
PODPIS OSOBY/OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU WYKONAWCY	..... dnia.....